

AZIENDA PER L'ASSISTENZA

**SANITARIA N. 1
"TRIESTINA"**

TRIESTE

**REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA**

Decreto n° 329 del 30/07/2015

OGGETTO

Assegnazione ai Centri di responsabilità del budget e degli obiettivi incentivanti per l'anno 2015. Progetto complessivo aziendale.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Nicola Delli Quadri

**nominato con Decreto del Presidente della Regione n. 0259 /Pres. dd. 24 dicembre 2014,
giusta deliberazione della Giunta regionale n. 2546 dd. 18 dicembre 2014,**

preso atto dei pareri espressi dai Dirigenti che hanno curato l'istruttoria dell'atto assicurandone la regolarità tecnico-contabile:

Responsabile del Procedimento - Marco Braida	Responsabile del Centro di Risorsa proponente
Visto digitale in data: 29/07/2015	Visto digitale in data:

e coadiuvato dal

Direttore Sanitario dott.ssa Emanuela FRAGIACOMO	Sostituto del Direttore Amministrativo dott.ssa Cinzia CONTENTO
Visto digitale in data: 30/07/2015	Visto digitale in data: 30/07/2015
Coordinatore Sociosanitario dott. Flavio PAOLETTI	
Visto digitale in data: 30/07/2015	

ADOTTA IL SEGUENTE PROVVEDIMENTO

OGGETTO: Assegnazione ai Centri di responsabilità del budget e degli obiettivi incentivanti per l'anno 2015. Progetto complessivo aziendale.

Richiamati:

- l'art. 5, primo comma, punto n. 16, dello Statuto speciale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (Legge costituzionale n. 1/1963 e ss.ii.mm.);
- la L.R. 11 novembre 2013, n. 17, "Finalità e principi per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale";
- la L.R. 16 ottobre 2014, n. 17, "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria";
- il D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e ss.ii.mm. avente ad oggetto "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421";

preso atto che, in osservanza delle "finalità" e dei "principi" di cui alla L.R. n. 17 dd. 11.11.2013, è stata approvata la L.R. 16 ottobre 2014, n. 17, recante "Riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria";

che, in particolare, la predetta L.R. n. 17/2014 prevede all'art. 3, comma 1, che "per assicurare una piena e completa presa in carico della salute del cittadino e garantire la continuità dell'assistenza, nonché una maggiore efficienza, efficacia e uniformità nella gestione dei fattori produttivi, a decorrere dal 1.1.2015 sono enti del SSR: a) le Aziende per l'assistenza sanitaria di cui all'art. 5 (...);

evidenziato che l'art. 5 della suddetta LR n. 17/2014, rubricato "Aziende per l'assistenza sanitaria", annovera tra gli Enti del Servizio Sanitario Regionale l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1-"Triestina" (A.A.S. 1), con sede legale a Trieste, la quale, a decorrere dal 01.01.2015, succede all'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina" (A.S.S. 1), contestualmente soppressa, ed alla quale vengono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, e tutte le funzioni già riconosciute all'A.S.S. 1,

nonché parte dei rapporti giuridici e delle funzioni dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste (Punto Prelievo ubicato presso l'Ospedale Maggiore);

osservato che è in atto una riforma radicale dell'intero S.S.R. che coinvolge direttamente, nei tempi e con le modalità di cui alla sopra citata normativa, anche le due Aziende Sanitarie dell'area triestina (A.A.S. 1 e Azienda Ospedaliero- Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste), le quali, a decorrere dal 01.01.2015, sono rette da un unico Commissario straordinario ex art. 4, comma 1, lett. a), rubricato "Integrazione tra Servizio sanitario regionale e Università", della citata L.R. n.17/2014;

richiamato il decreto del Presidente della Regione n. 264/Pres. dd.31.12.2014 che su deliberazione della Giunta regionale n. 2667 dd. 30.12.2014 con effetto dal 1.1.2015 ha costituito l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina", comprendente gli ambiti territoriali individuati al comma 1, lett. a) dell'art. 6 della citata LR n. 17/2014;

premesso che, con deliberazione di Giunta Regionale n. 2546 dd. 18.12.2014, cui è stata data attuazione con decreto n. 259/Pres. dd. 24.12.2014, è stato conferito, ai sensi dell'art. 4, comma 1, lett. a) della citata L.R. n. 17/2014, dell'art. 12 della L.R. n. 20 dd. 21.07.2004 e, in quanto compatibili in relazione alla particolare natura dell'incarico, degli artt. 3 e 3-bis del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche, l'incarico di Commissario Straordinario dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste e dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1-"Triestina" al dott. Nicola Delli Quadri, per un periodo di 12 mesi a decorrere dal 01.01.2015 fino al 31.12.2015, eventualmente prorogabile;

richiamato il decreto del Commissario straordinario n. 1 dd. 02.01.2015 recante all'oggetto "Definizione dell'assetto istituzionale aziendale a seguito della costituzione dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.1 "Triestina" e della contestuale soppressione dell'Azienda per i Servizi Sanitari n.1 "Triestina", nelle more della formale adozione degli atti concernenti l'organizzazione ed il funzionamento del nuovo Ente. "

visto il "Regolamento per la disciplina delle responsabilità e delle competenze dirigenziali nell'adozione di atti e provvedimenti amministrativi e nella definizione del processo di budget" adottato da ultimo con deliberazione n. 107 dd. 29.3.2012, il quale, fra l'altro, individua nel processo di *budget* il fondamentale strumento attraverso cui l'Azienda stabilisce gli obiettivi e dispone l'allocazione interna delle risorse ai diversi livelli organizzativi e codifica le modalità di verifica dell'andamento del *budget* e di variazione e revisione dello stesso in corso di esercizio;

considerato che è vigente l'atto aziendale, sottoscritto dal Direttore Generale al rep. n. 9106 dd. 10.11.2006 e modificato con l'atto di rep. n. 9720 dd. 08.06.2009 e da ultimo con l'atto di

rep. n. 10165 dd 26.11.2012, definitivamente adottato con deliberazione n. 391 dd. 22/11/2012 e riconfermato nei relativi contenuti con il succitato decreto n. 1/2015;

visto il decreto n 138 dd. 30.03.2015 con il quale è stato approvato il Piano attuativo locale (PAL) per l'anno 2015;

esaminati i documenti di seguito elencati, che compongono il *budget* definito per l'anno 2015:

- Progetto Complessivo Aziendale (Allegato 1);
- Risorse Correnti per ogni Struttura Operativa e per le Strutture Interdistrettuali (Allegato 2);
- Budget Centri di Risorsa anno 2015 (Allegato 3);

considerato che gli obiettivi 2015, di cui al citato Progetto Complessivo Aziendale 2015, in applicazione delle disposizioni contrattuali e di legge, sono valorizzati mediante i relativi fondi di competenza per ciascuna area contrattuale;

dato quindi atto che nel bilancio di previsione 2015, di cui al decreto succitato 138/2015, sono stati debitamente quantificati, sulla base degli elementi all'epoca noti, i fondi contrattuali delle tre aree contrattuali correlati alla produttività collettiva/retribuzione di risultato;

rilevato che con DGR n. 1477, n. 1478, n. 1479 dd. 22.07.2015 sono stati approvati e resi esecutivi gli accordi Risorse Aggiuntive Regionali 2015 rispettivamente del personale del Comparto, della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa e della Dirigenza Medico Veterinaria;

che, a seguito della sottoscrizione e dell'approvazione degli accordi succitati, sono attualmente in fase di avvio le negoziazioni con le Delegazioni Sindacali delle tre aree negoziali per la sottoscrizione dei relativi accordi decentrati per l'utilizzo delle risorse dei fondi di produttività/risultato 2015;

accertato che il finanziamento del Progetto Complessivo Aziendale, di cui all'oggetto, risulta comunque garantito dalle risorse presenti nei competenti fondi delle tre aree contrattuali relativi all'esercizio 2015, come quantificati, in via provvisoria, in sede di bilancio di previsione;

che, in particolare, la quota di risorse dei fondi contrattuali della produttività collettiva/retribuzione di risultato da destinare al finanziamento del progetto complessivo aziendale sarà definita in sede di contrattazione aziendale con ciascuna area negoziale (personale del Comparto, Dirigenza Medico Veterinaria, Dirigenza S.P.T.A.);

considerato che in data 29.12.2011 con deliberazione del Direttore Generale dell'allora A.S.S. n. 1 "Triestina" n. 473 si è proceduto alla costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) della predetta Azienda con decorrenza 01.01.2012 e per un periodo di tre anni, che in data 24.11.2014 con deliberazione n. 489 il predetto organismo è stato prorogato dal 01.01.2015 al 14.02.2015, ed infine che in data 12.02.2015 con decreto n. 53 del Commissario Straordinario della A.A.S. n. 1 "Triestina" è stato rinnovato per un periodo di tre anni dal 15.02.2015 alle condizioni normative ed economiche già previste nei succitati provvedimenti 473/2011 e 489/2014;

dato atto che il Progetto Complessivo Aziendale, come assegnato ai centri di responsabilità aziendali, è assoggettato alla valutazione da parte dell'Organismo di valutazione aziendale ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato per il personale dirigente e della produttività collettiva per il personale del comparto;

richiamata la norma Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 in attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15 e in particolare il titolo II "Misurazione, valutazione e trasparenza della performance";

rilevato nel contempo che l'evoluzione normativa emergente dall'entrata in vigore del D.Lgs. 150/09 (in particolare all'art. 14, di creazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione - OIV) e dalla conseguente LR 16/10 prevedono un progressivo avvio di nuovi metodi di misurazione della *performance* e di remunerazione della produttività del personale;

che peraltro ciò è correlato al perfezionamento dell'intero ambiente relativo al merito ed ai premi del pubblico impiego (titolo III del citato D.Lgs. 150/09), ivi compresa la negoziazione a livello nazionale, attualmente non avviata per effetto della L. 122/10, art. 9, comma 17 e s.m. e i.;

preso atto che la LR 16 di cui sopra, al comma 1, prevede che l'adozione del sistema di misurazione e valutazione sia adottato progressivamente, senza peraltro stabilire una precisa tempistica o altri obblighi temporali;

dato ancora atto che la valutazione dei dirigenti dovrà tenere anche conto dei seguenti ulteriori elementi, puntualmente indicati nell'art. 27 dei CCNL '05 delle dirigenze:

- 1) per i dirigenti di struttura complessa e di struttura semplice:
 - a) la gestione del budget finanziario formalmente affidato e delle risorse umane e strumentali effettivamente assegnate in relazione agli obiettivi concordati e risultati conseguiti;

- b) ogni altra funzione gestionale espressamente delegata in base all'atto aziendale;
- c) l'efficacia dei modelli gestionali adottati per il raggiungimento degli obiettivi annuali;

2) per tutti gli altri dirigenti:

- a) l'osservanza delle direttive per il raggiungimento dei risultati in relazione all'incarico attribuito;
- b) il raggiungimento degli obiettivi prestazionali quali-quantitativi espressamente affidati;
- c) l'impegno e la disponibilità correlati all'articolazione dell'orario di lavoro rispetto al conseguimento degli obiettivi;

considerato che il citato CCNL dispone che l'esito positivo della valutazione annuale di cui al comma 1 comporta l'attribuzione ai dirigenti della retribuzione di risultato, concordata secondo le procedure di cui all'art. 62, commi 4 e 6 del CCNL 5 dicembre 1996 per la Dirigenza SPTA e all'art. 65, c. 4 e 6 del CCNL 5 dicembre 1996 per la Dirigenza Medico-Veterinaria;

richiamato il decreto n. 217 dd. 29.05.2015 recante all'oggetto "*Adozione del regolamento per la valutazione permanente delle prestazioni individuali svolte e dei risultati del personale del comparto*";

ribadito che nel corso dell'esercizio, in aderenza a quanto previsto dal citato regolamento di organizzazione aziendale ed a seguito delle verifiche sul grado di raggiungimento degli obiettivi e delle risorse assegnate, sarà eventualmente adottato ogni altro provvedimento per la modifica degli stessi;

atteso che per definire compiutamente l'attività delle strutture è necessario evidenziarne obiettivi di lavoro di produttività nonché di qualità, *budget* definito e investimenti;

ritenuto di procedere all'approvazione dei citati documenti, che allegati al presente provvedimento ne costituiscono parte integrante e sostanziale e di procedere alla sottoscrizione degli stessi da parte del Commissario straordinario e di ogni Responsabile di Struttura Operativa e di Struttura interdistrettuale, ognuno per la parte di propria competenza;

preso atto che il provvedimento è presentato dalla Struttura Semplice di *Staff* Programmazione Strategica, che ne attesta la regolarità tecnica, amministrativa e la legittimità e i cui uffici ne hanno curato l'istruzione e la redazione;

che, con decreto n. 191 dd. 8 maggio 2015, è stato affidato alla dott.ssa Cinzia CONTENTO, in caso di temporanea assenza o impedimento del Direttore Amministrativo, l'incarico di sostituto del Direttore Amministrativo;

rilevato che il Direttore Amministrativo è assente dal 21 luglio 2015 a tuttora;

inteso il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Coordinatore Sociosanitario

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

DECRETA

per quanto esposto in narrativa, di approvare i documenti di seguito elencati, che compongono il *budget* assegnato per l'anno 2015, allegati al presente decreto quali sua parte integrante e sostanziale:

- Progetto Complessivo Aziendale (Allegato 1);
- Risorse Correnti per ogni Struttura Operativa e per le Strutture Interdistrettuali (Allegato 2);
- Budget Centri di Risorsa anno 2015 (Allegato 3).

Nessuna spesa consegue all'adozione del presente provvedimento che diviene esecutivo, ai sensi dell'art. 4 della L.R. 21/92 come sostituito dall'art. 50 della L.R. 49/96, alla data di pubblicazione all'Albo aziendale telematico.

Il Direttore Sanitario

dott.ssa Emanuela FRAGIACOMO

(Firmato digitalmente)

Il sostituto del Direttore Amministrativo

dott.ssa Cinzia CONTENTO
(Firmato digitalmente)

Il Coordinatore Sociosanitario

dott. Flavio PAOLETTI
(Firmato digitalmente)

Il Commissario Straordinario

dott. Nicola DELLI QUADRI
(Firmato digitalmente)

Elenco allegati:

**Azienda per
l'Assistenza
Sanitaria
n° 1 Triestina**

PROGETTO COMPLESSIVO AZIENDALE

2015

SOMMARIO

Distretto 1	3
Distretto 2	14
Distretto 3	34
Distretto 4	47
Dipartimento di Salute Mentale.....	63
Dipartimento delle Dipendenze	73
Dipartimento di Prevenzione	79
Centro Cardiovascolare	101
Centro Sociale Oncologico	108
Sistema 118.....	114
Affari Giuridici e delle Attività di Supporto Direzionale	119
Programmazione Strategica	130
Ufficio Relazioni con il Pubblico	132
Direzione Sanitaria	133
Direzione sanitaria: Ufficio Progetti Area Sanitaria	135
Servizio Infermieristico Aziendale	138
Servizio Riabilitativo Aziendale	141
Gestione Convenzioni Medicina Generale e Specialistica.....	142
Verifiche Strutture Pubbliche e Private.....	146
Assistenza Farmaceutica	148
Gestione e Valorizzazione del Personale	157
Finanza e Controllo.....	168
Sistema Informativo	171
Immobili e Impianti	176
Programmazione Controllo Acquisti	179

Distretto 1**Obiettivo di mandato dei Distretti**Obiettivi generali

1. Ridurre il tasso grezzo di ricoveri per gli indicatori LEA-PAL AHRQ (PQI 1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16,) rispetto al 2014
2. Ridurre i ricoveri per BPCO, Scompensazione cardiaca, Diabete, Polmonite e infezioni del tratto urinario del 10% rispetto al 2014.
3. Ridurre i ricoveri ripetuti per lo stesso MDC (periodo tra 30 gg e 6 mesi dal primo ricovero) (indicatori Sant'Anna) rispetto al 2014
4. Ridurre i ricoveri potenzialmente inappropriati (ricoveri medici LEA Patto salute) rispetto al 2014.

Obiettivi di MicroArea

Sui punti 2 e 4 avere una performance migliore di quella del proprio Distretto sui propri dati 2014.

Obiettivo di budget management distrettuale

Sviluppare l'attività del Distretto di regia e responsabilità dei percorsi di salute dei propri cittadini con attenzione ai risultati proposti dai monitoraggi nazionali e regionali	Direttore di Distretto Dirigenti infermieristici di Distretto 1 dirigente medico SC Anziani Adulti	Produrre, entro il 30 settembre 2015, un documento/progetto che contenga le azioni, le collaborazioni, i percorsi di salute, le responsabilità, le criticità, le esigenze organizzative e di risorse. Esplicitare la propria programmazione operativa e le proposte che riguardano la governance aziendale
--	--	--

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. PAL 2014 Linea 3.3.3 salute mentale</p> <p>Messa a regime del percorso diagnostico terapeutico e riabilitativo sui disturbi dello spettro autistico per la fascia d'età fino a 48 mesi nell'ambito delle attività di diagnosi precoce e presa in carico tempestiva dei ritardi e disturbi dello sviluppo nelle prime età della vita.</p>	<p>1 Completare la procedura per la certificazione degli operatori formati a therapist ESDM rilasciata dal MIND Institute University of California Davis.</p> <p>2 Presa in carico dei bambini inviati dall'IRCCS Burlo Garofolo con diagnosi o rischio di autismo secondo il protocollo, previo consenso dei genitori.</p> <p>3. Elaborazione del PDTA concordato con IRCCS Burlo Garofalo, evidenziando i punti su cui è necessario intervenire prioritariamente (formazione risorse appalti accordi)</p> <p>4. Sostegno ai genitori dei bambini in trattamento con modello ESDM al fine di migliorare la compliance al parent-training</p>	<p>1,2,3 Tutto il personale del comparto della SSTSBA</p> <p>4 Dirigente SSTSBA Vincenza Assunta Aiosa</p>	<p>1-3 Definizione del PDTA concordato con IRCCS Burlo e inviato alla direzione strategica entro il 31/12/2015</p> <p>4 Almeno un colloquio trimestrale per ogni bambino secondo modello ESDM</p>
<p>2. Prevenzione delle malattie infettive e politiche vaccinali Attuazione del programma vaccinale- mantenimento o miglioramento dei tassi di copertura raggiunti nel 2014. Tassi di riferimento aziendali 2014:</p> <p>3 dosi esavalente: 91,1% 1 dose MMR: 83% antiVaricella: 37,6%</p>	<p>1. Partecipazione con propri operatori alla stesura di un progetto di formazione/ comunicazione integrato (Dipartimento, Distretti, PLS e MMG e altri stakeholders istituzionali)</p> <p>2. Mantenimento dell'informazione sulle vaccinazioni all'utenza che accede al Percorso Nascita distrettuale (Corsi di accompagnamento alla nascita post parto)</p>	<p>Operatori SCBADOF</p>	<p>1. Almeno una iniziativa condivisa dip- distretto di formazione/ informazione/ sensibilizzazione</p> <p>2. Informazione sulle vaccinazioni a tutti i gruppi post parto dei Corsi di accompagnamento alla nascita (n. incontri/n. gruppi=100%)</p>
<p>3. PAL 2015 3.4.4. Materno-infantile 3.3.3 Percorso nascita Mantenimento dell'allattamento al seno esclusivo dopo la dimissione</p>	<p>1. Costruzione di una scheda personalizzata di raccolta delle informazioni cliniche da utilizzare nell'accoglienza Mamma Bambino da usare nelle SCBADOF</p> <p>2. Rilevazione incidenza delle patologie del seno correlate all'allattamento nelle donne consenzienti che accedono ai</p>	<p>Tutto il personale della SC BAdoF</p>	<p>100% utilizzo della scheda elaborata e rilevazione del carico di patologia dal 1/10/2015 al 31/12/2015</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
dalla maternità (Passo 4 e 5 standard BFCI)	servizi della SCBADOF per l'Accoglienza mamma-bambino dopo la dimissione dall'ospedale		
<p>4. PAL 2014 Linea 3.3.3 salute mentale</p> <p>Avvio di una rete territoriale di salute mentale per l'età evolutiva: diagnosi e presa in carico tempestiva degli esordi psicotici e riconoscimento precoce delle situazioni di fragilità</p>	<p>4.1 Accoglienza dei soggetti della fascia d'età 15-25 che accedono alle SS Consultorio Familiare e SS TSBA con richiesta diretta o eterodiretta di aiuto psicologico (help seeking) tramite colloquio, raccolta di notizie anamnestiche e del consenso al trattamento dati, compilazione della scheda, presentazione in equipe, previo consenso del soggetto o della famiglia.</p> <p>4.2 Valutare – secondo il protocollo in essere - tutti i nuovi consenzienti soggetti 15-25 anni che richiedono aiuto psicologico alla SC BADoF (help seeking) e identificare gli stati mentali ad alto rischio di esordio di disturbo mentale severo e le situazioni di fragilità</p> <p>4.3 Segnalare al CSM di competenza per valutazione integrata dei soggetti risultati positivi alla valutazione distrettuale secondo la procedura definita dal protocollo</p> <p>4.4 Mantenimento del registro specifico per la fascia di età 15-25, analisi dei dati e dei percorsi sui casi incidenti (nuovi casi 2015).</p>	<p>Tutto il personale della SC BADoF</p> <p>4.2.- 3. Dirigente Sara Battistutta, Neuropsichiatra infantile a T.D.</p> <p>4.4 Dirigente Sara Battistutta Coordinatrice SSTSBA Lorena Castellani</p>	<p>4.1 Tutti gli help seeking della fascia d'età 15-25 sono accolti presso le due strutture secondo quanto descritto in azione</p> <p>4.2 Tutti i nuovi soggetti nella fascia d'età 15-25 anni che richiedono aiuto psicologico alla SC BADoF hanno una prima valutazione.</p> <p>4.3. Tutti i soggetti risultati positivi alla valutazione vengono segnalati al CSM/NPI</p> <p>4.4 Compilazione completa del registro casi Analisi dei dati e dei percorsi sui casi incidenti</p>
<p>5 PAL 3.6.3 Minori</p> <p>Dalle "linee di gestione per SSN anno 2015" Legge n.184/1983 e s.m.i. Adozione:</p>	<p>5.1 Definizione di un percorso integrato di assistenza ridefinendo in modo omogeneo gli aspetti metodologici e organizzativi nei 4 distretti, che comprenda tutte le funzioni di competenza dei CCF: informazione/formazione, valutazione, tutela, sostegno psico-sociale nelle varie fasi del percorso adottivo, integrandosi con le associazioni presenti sul territorio.</p>	<p>Dirigente SC BADoF Cesarino Zago</p> <p>Dirigente SS Consultorio Kinou Wolf</p>	<p>5.1 Documento condiviso del percorso integrato di cure e assistenza entro il 31.12.2015</p>
<p>6. PAA 2015</p>	<p>6.1 Formalizzazione della H MA presso Villa Carsia: nomina del</p>	<p>SSD Servizio Infermieristico</p>	<p>6.1 Proposta di documento per la</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Obiettivo 11.2 Promuovere lo sviluppo di comunità attraverso il programma Habitat- Microaree Analisi e consolidamento delle attività</p>	<p>referente aziendale, individuazione della sede ecc. 6.2 Progettazione congiunta AAS – SSC – volontariato di azioni di sostegno e sviluppo del welfare di comunità (gruppi o singoli soggetti) 6.3 Analisi dei progetti personalizzati integrati attivati per persone abitanti presso la H MA Villa Carsia</p>	<p>Distrettuale Obiettivo del Dirigente Barbara Ianderca</p>	<p>formalizzazione della H MA trasmessa al Direttore di Distretto entro il 31 agosto 2005 6. 2 e 3 Report descrittivo come da azioni. Entro il 31/12/2015</p>
<p>7. PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI Riduzione del tasso di ospedalizzazione e/o giornate di degenza 1.1 Sperimentazione di modalità proattive mirate a prese in carico precoci a favore di assistiti residenti nelle microaree distrettuali mediante un percorso strutturato</p>	<p>7.1.1 predisposizione di un sistema di raccolta dati per rilevare: bisogni - problematiche individuate - azioni svolte- monitoraggio - durante la presa in carico; 7.1.2 Individuazione delle persone over 18 residenti nella MA del Distretto, che hanno usufruito di servizi sanitari e che necessitano di una conoscenza più approfondita 7.1.3 valutazione delle persone individuate, previa verifica del consenso, con visita domiciliare. 7.1.4 Segnalazione ai servizi coinvolti e presa in carico delle situazioni che vi necessitano e monitoraggio</p>	<p>SSD Servizio Infermieristico Distrettuale Dirigente Infermieristico Referente MA Gretta Referente MA Villa Carsia (solo dopo formalizzazione MA) (Obiettivo in collaborazione con tutte le Strutture Distrettuali)</p>	<p>7.1.1 Entro il 30/05/2015 presenza di uno strumento di raccolta dati condiviso e utilizzo da parte di tutte le MA aziendali a partire dal 1/06/2015; 7.1.2 Evidenza di tutte le situazioni individuate in ciascuna MA 7.1.3 Conoscenza di almeno il 70% (dato complessivo di tutte le MA del Distretto); valutazione delle persone consenzienti, con evidenza delle situazioni che necessitano di presa in carico. 7.1.4 Report con evidenza dei servizi e partner coinvolti e/o attivati, e azioni svolte descritte nel piano personalizzato di presa in carico con relativo monitoraggio</p>
<p>8. Assicurare uniforme interpretazione e conseguente uniforme applicazione della normativa relativa all'iscrizione volontaria dei cittadini</p>	<p>8.1 Definizione di una procedura univoca entro il 31.05.15 8.2 Monitorare e verificare almeno il 90% delle iscrizioni volontarie dei cittadini comunitari al SSR (entro 31.12.15)</p>	<p>Tutto il personale amministrativo</p>	<p>8.1 Procedura presente entro il 31.05.15 8.2- 8.3 Il 100% delle iscrizioni monitorate sono effettuate in base alla procedura univoca.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
comunitari al SSR	8.3 Apporre eventuali correttivi, in particolare sulle iscrizioni precedenti al 31.05.15 (entro 31.12.15)	In condivisione con D2, D3 e D4	31.12.2015 Fonte: report delle iscrizioni volontarie dei cittadini comunitari del 2015 (documentazione in sede)
9. Uniformare le procedure relative ai pagamenti delle prestazioni ADI, ADP, ARP, PPIP, Libretti e Bilanci di salute, richiesti dai MMG e PLS, al fine di evitare ritardi e pagamenti impropri	9.1 Predisposizione di schemi base univoci per tutti i distretti per la liquidazione e conseguente inoltro ai MMG e PLS (entro il 30.09.15) 9.2 Predisposizione ed invio di note di contestazione e/o di richiesta di chiarimenti, con fissazione di un termine finale (entro il 31.12.15)	Tutto il personale amministrativo In condivisione con D2, D3 e D4	9.1 Gli schemi base per la liquidazione sono predisposti ed inviati ai MMG e PLS entro il 30.09.15 9.2 Entro il 31.12.15 inviate note di contestazione e/o di richiesta di chiarimenti, in tutti i casi emersi Fonte: report che evidenzia le contestazioni/chiarimenti predisposte/i (documentazione in sede)
10. Assicurare uniforme interpretazione e conseguente uniforme applicazione delle modalità di rimborso dei contributi giornalieri relativi alle cure climatiche/termali e dei soggiorni terapeutici, in relazione alle modalità di erogazione dei contributi definiti dalle specifiche normative regionali	10.1 Analisi della normativa in materia 10.2 Estrapolazione delle disposizioni che potrebbero dar luogo ad interpretazioni plurime 10.3 Definizione univoca di almeno il 90% delle disposizioni prese in esame e stesura della procedura	Responsabile gestione servizi amministrativi Giulia Adamo SSD Riabilitazione Daniela Domini In condivisione con D2, D3 e D4	Il 100% dei rimborsi è effettuato in base alle disposizioni prese in esame e della relativa procedura. Entro il 31.12.2015 31.12.2015 Fonte: presenza di report che evidenzia l'applicazione della procedura (documentazione in sede)
11. Percorso di continuità riabilitativa e PDTA	Revisione del protocollo di continuità riabilitativa e sperimentazione delle nuove modalità con produzione di un documento	Tutto il personale del comparto delle SS Dipartimentali Riabilitazione Distrettuale	Tutti i pazienti segnalati dal 1 maggio 2015 dai reparti di Cl. Neurologica, Cl. Ortopedica e Divisione Ortopedica, che rientrano nel protocollo di continuità riabilitativa AOUTS AAS1, verranno valutati con le nuove modalità concordate.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			Documento con analisi della sperimentazione e definizione delle modifiche apportate.
12. 3.3.1 Assistenza primaria	Implementazione dei percorsi semplificati di riabilitazione ambulatoriale	Personale del comparto delle SS Dipartimentali Riabilitazione Distrettuale	Apertura dell'ambulatorio del fisioterapista 1 ora a settimana per percorsi semplificati su invio dei MMG inseriti nel progetto "Mal di schiena" dall'attivazione dell'agenda in G3 Fonte dati: report di Struttura
13. 3.3.3 Programmazione degli interventi socio-sanitari	Adottare la classificazione ICF modificata Vilma-FABER nei pazienti con gravi Disabilità	Obiettivo della dirigente SSD Riabilitazione Distrettuale Sabrina Gasperi	13.1 Almeno un evento formativo per condividere la nuova Valutazione ICF modificata 13.2 Valutazione di n°10 pazienti per Distretto
14. PAL 2015 3.4.8 Contrasto all'inappropriatezza e alla sovra-diagnosi: percorso integrato di distretto per la malnutrizione	Definizione di un percorso integrato di valutazione del rischio di malnutrizione secondo le fasi di valutazione del rischio, cura, monitoraggio e sua applicazione nell'ambito delle strutture protette per anziani e a domicilio.	SC Tutela Salute Adulti ed Anziani Obiettivo del Dirigente Antonella Benedetti	14.1 Documento condiviso distrettuale presentato al Direttore di Distretto entro il 31.08.2015. 14.2 Formazione degli operatori delle strutture protette e delle polifunzionali di fascia A all'applicazione del protocollo per la richiesta di visita nutrizionale (n°. 1 incontro per struttura) 14.3 Applicazione del percorso condiviso, per tutti i nuovi casi segnalati dalle strutture protette e dal domicilio (periodo 1/09/15-31/12/2015)
15. PAL 2015 3.5 Assistenza Farmaceutica Contenimento della spesa farmaceutica territoriale ed appropriatezza prescrittiva	Presenza in carico per la fornitura diretta dei farmaci dei pazienti in terapia distrettuale con: - agonisti LH-RH - octreotide e lanreotide acetato	SC Tutela Salute Adulti ed Anziani Obiettivo del Dirigente Graziella Ceppi	Mantenimento od aumento nel 2015 rispetto al 2014 del n° di pazienti in carico per la fornitura diretta dei farmaci per la terapia con - agonisti LH-RH - octreotide e lanreotide acetato

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>16. 3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI Riduzione del tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco cronico (SCC) 16.1 Sperimentazione di una modalità di presa in carico intensiva delle persone affette da SCC. 16.2 Verifica finale su eventuali esiti di riduzione del numero di ricoveri ospedalieri ripetuti con diagnosi d'ingresso per SCC per assistiti individuati nella sperimentazione.</p>	<p>16.1a Presa in carico precoce da parte del SID di 20 pazienti per Distretto all'atto della dimissione ospedaliera nel post ricovero per SCC, individuati mediante le comuni procedure di Continuità HT 16.1b Nell'ambito delle (min.) 20 procedure di presa in carico di cui al punto 1.1 è prevista la compilazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) con durata comunemente compresa tra i 30 e i 60 giorni le cui principali finalità sono: - Monitoraggio clinico, sorveglianza intensiva (min 2 accessi per settimana); - Educazione sanitaria (dell'assistito e/o del care giver) indirizzata al miglioramento della compliance terapeutica e dello stile di vita; - Educazione sanitaria (dell'assistito e/o del care giver) indirizzata all'acquisizione di strumenti di automonitoraggio dei principali parametri di malattia (peso corporeo, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, ecc.); - Educazione sanitaria (dell'assistito e/o del care giver) indirizzata all'autogestione nell'impiego di diuretici in base al peso corporeo 16.2 Monitoraggio del numero di ricoveri relativi all'anno 2015 con diagnosi d'ingresso per SCC per gli assistiti individuati al punto 1.1</p>	<p>Responsabile Medico SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Tutto il personale SID Infermie Coord. Posizione Organizzativa S.C.T.A.A</p>	<p>(nel 2014 : 55 pazienti) Presa in carico di almeno 20 pazienti entro 10 giorni dalla dimissione ospedaliera nel post ricovero per SCC con PAI in modalità intensiva secondo quanto descritto nelle azioni e relazione finale sui percorsi e sui sugli esiti.</p>
<p>17. PAL 3.6.2.2. Applicazione del sistema di valutazione multidimensionale Val.graf</p>	<p>Consolidamento dell'utilizzo della classificazione ICD9-CM per la codifica della diagnosi dei pazienti in carico ai Distretti e l'uso di strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale, migliorando l'implementazione dei dati sul SISR: 17.1 Codifica con ICD9-CM e caricamento dei dati sui sistemi</p>	<p>SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Tutto il personale (dirigente e comparto) Posizione</p>	<p>17.1 Codifica ICD9 presente in tutti i pazienti presi</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>informativi pertinenti delle diagnosi nei pazienti con PAI presi in carico dal SID/AID dal 1/1/2015 17.2</p> <p>Valutazione dei bisogni assistenziali, dei pazienti presi in carico dal SID dall'1/1/2015, con la scheda di valutazione Valgraf versione essenziale 2012 e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo 17.3</p> <p>In collaborazione con SS. Anziani e Residenze, garantire la valutazione con scheda Val.Graf.-FVG nel 50% delle strutture non convenzionate (in precedenza individuate da parte del distretto e dopo la comunicazione delle stesse da parte della Direzione) previa segnalazione da parte delle strutture entro i 10 giorni precedenti l'ingresso dell'ospite.</p>	<p>Organizzativa S.C.T.A..A.</p> <p>Punto 1: personale Sid /AID</p> <p>Punto 2: personale del SID</p> <p>Punto 3: personale Sid in collaborazione con SS. Anziani e Residenze</p>	<p>in carico dal 1/1/2015</p> <p>17.2</p> <p>Valutazione con ValGraf presente in oltre il 90% prese in carico dal 1/1/2015</p> <p>17.3</p> <p>Il 100 % dei casi segnalati dalla SS Anziani e Residenze D1 hanno la valutazione multidimensionale con il sistema Valgraf a partire dal 01/05/15.</p>
<p>18. Aumentare le competenze infermieristiche nella gestione della persona con lesioni cutanee di diversa eziologia</p>	<p>Applicare la scheda di monitoraggio Applicazione dei PDTA e valutazione degli esiti</p>	<p>SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Benedetti Antonella Daneu Darinka Buri Claudia Fonda Raffaella Mellini Elena Roi Tatiana Zorzin Luisa Stocca Giada Nascig Rossana</p>	<p>Presenza della nuova scheda per le ulcere difficili almeno nel 70% dei casi nuovi accolti nel 2015 rientranti nei criteri del documento (Progetto Management Ulcere e ferite)</p>
<p>19. PAL 3.6.2.2 Applicazione del Sistema di valutazione multidimensionale Valgraf</p>	<p>Garantire la valutazione multidimensionale Valgraf di tutti i casi segnalati con almeno 10 giorni di anticipo dall'ingresso nelle strutture residenziali e semiresidenziali convenzionate e nel 50% dalle case albergo e dalle residenze polifunzionali non convenzionate.</p>	<p>Tutto il personale della Struttura Semplice Anziani e Residenze</p>	<p>Il 100 % dei casi segnalati alla SS Anziani e Residenze D1 con almeno 10 giorni di anticipo dall'ingresso nelle strutture residenziali e semiresidenziali convenzionate e nel 50% delle case albergo e delle residenze polifunzionali non convenzionate (in precedenza individuate da parte dei 4 Distretti e dopo comunicazione alle stesse da</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			parte della Direzione) hanno la valutazione multidimensionale con il sistema Valgraf a partire dal 01/05/15. Tempi: 01/05/15 - 31/12/2015
20. PAL 3.6.2.4 Sistemi informativi	Monitoraggio, verifica ed eventualmente sollecito sull'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio.	Tutto il personale della Struttura Semplice Anziani e Residenze	Report con evidenza delle verifiche trimestrali e le eventuali sollecitazioni (trimestrali) ai servizi residenziali e semiresidenziali per anziani convenzionati del proprio territorio in merito all'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA. 31/12/15
21. PAL 3.3.3 Programmazione degli interventi socio-sanitari. Sviluppo di progetti nel settore delle demenze in una logica di rete integrata dell'offerta socio-sanitaria	1. Consolidamento della rete e delle modalità di presa in carico nel settore delle demenze applicando il PDTA Demenze / Deterioramento cognitivo già approvato nel 2013 (vedi prot N 54697/GEN I.1.A del 18/11/2013). 2. Avvio integrazione con AOUTS per i casi con necessità di completamento diagnostico/trattamento in ambiente ospedaliero o con indicazione alla terapia con farmaci anticolinesterasici, come da PDTA.	Struttura Semplice Anziani e Residenze Obiettivo dei dirigenti Luisa Besanzini Vladimir Selmo	Applicazione del PDTA approvato nel 100% dei nuovi casi che afferiscono al CDDD Distretto e presa in carico in integrazione con AOUTS dei casi all'az. 2. Report sintetico sui progetti individuali. 31/12/15
22. Programmazione degli interventi socio-sanitari Obiettivo aziendale: Nel corso del 2015 si implementeranno i percorsi assistenziali sul diabete in gravidanza.	Attuazione di quanto previsto nel "Documento di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale" in collaborazione con i Consultori e la Struttura di Ginecologia ed Ostetricia del Burlo	Tutto il personale SS Diabetologia	Presa in carico, presso il Centro Diabetologico del 100% delle pazienti con diabete gestazionale segnalate secondo il "Documento di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale" redatto nel 2014 Report del numero di donne segnalate e prese in carico
23.	Garantire il necessario supporto alla formazione dei	Tutto il personale	Entro il 31 dicembre 2015:

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>LINEA PAL 3.2 Prevenzione sul tema del diabete e degli stili di vita sani Obiettivo aziendale: Nel corso del 2015 si implementeranno, con il coinvolgimento delle farmacie aperte al pubblico e con il contributo dei sanitari interessati, le attività stabilite dal Piano della Prevenzione sul tema del diabete e degli stili di vita sani (Progetto “Misura la Tua Vita”).</p>	<p>farmacisti delle farmacie aperte al pubblico affinché possano sensibilizzare e trasferire correttamente agli utenti i migliori suggerimenti per preservare la salute di ciascuno, ovvero modificare gli stili di vita potenzialmente rischiosi tramite:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Organizzazione di un Corso di formazione (con almeno 2 incontri) rivolto ai farmacisti delle farmacie aperte al pubblico sul tema del diabete e degli stili di vita sani, 2. Organizzazione di Corso di Formazione (almeno 2 incontri) per i volontari dell’Associazione Nuova Assodiabetici di Trieste con il coinvolgimento dell’ Urp 3. Organizzazione di incontri tra SS Centro diabetologico, Urp e Nuova Assodiabetici di Trieste al fine di pervenire alla creazione di un opuscolo informativo divulgativo sul tema del diabete e degli stili di vita sani 	<p>SS Diabetologia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Almeno 2 corsi di formazione per i farmacisti - Almeno un corso di formazione per i Volontari della Nuova Assodiabetici di Trieste - Almeno un opuscolo informativo divulgativo sul tema del diabete e degli stili di vita sani - condiviso tra SS Centro diabetologico, Urp e Nuova Assodiabetici di Trieste.
<p>24. Linea PAL 3.5.9 Promuovere l’appropriatezza prescrittiva dei prodotti AFIR con particolare riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei Dispositivi per diabetici</p>	<p>Monitoraggio dell’appropriatezza delle prescrizioni di strisce per l’autocontrollo della glicemia (“Test Glicemia” - 7AB1B01), con riferimento alle classi prescrittorie stabilite dagli Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito, con produzione di due report, entro giugno e dicembre 2015. Effettuazione nel corso dell’anno di due incontri di confronto/audit con i prescrittori.</p>	<p>Responsabile SS Diabetologia Distretto 1 Alessandra Petrucco In collaborazione con Gruppo di Lavoro Dipartimentale di Epidemiologia e SS Vigilanza Erogazione dell’ Assistenza Farmaceutica</p>	<p>Monitorare l’appropriatezza delle prescrizioni di strisce per l’autocontrollo della glicemia nei MMG. Almeno due audit aziendali con i prescrittori</p>

OBIETTIVI TRASVERSALI – TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
A. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, con cadenza periodica.	Effettuare il monitoraggio semestrale ed annuale dei termini dei procedimenti di competenza rientranti nel PTPC, con l'obbligo di segnalare eventuali scostamenti o anomalie riscontrate, da inviare ai fini della pubblicazione al Responsabile della Trasparenza	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del report al Responsabile della Trasparenza ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro il 15 gennaio dell'anno
B. Valutazione delle modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi di competenza a maggiore rischio di corruzione.	Formulazione di una proposta operativa ai fini dell'applicazione del principio della rotazione periodica del responsabile del procedimento, tenuto conto della necessità di garantire la continuità delle attività della struttura e temperando l'esigenza, ove riscontrata, dell'impiego delle competenze e delle specializzazioni acquisite.	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del documento di analisi e proposta alla Direzione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 30.11.2015 .

MACRO ATTIVITA'	ATTIVITA'/PROCESSO	S.O. / S.C. / S.S.
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera A	1. autorizzazioni/concessioni 2. certificazioni 3. sopralluoghi/ispezioni 4. autorizzazione incarichi ex art. 53 D.Lgs 165/2001 s.m.i.	1. Dipartimento di Prevenzione 2. Dipartimento di Prevenzione 3. Dipartimento di Prevenzione/SC Assistenza Farmaceutica 4. SC Gevap
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera B	1. affidamento lavori, servizi, forniture ex D.Lgs 163/2006 s.m.i., proroga dei contratti 2. affidamento lavori, servizi, forniture ex L. 109/94 s.m.i., proroga dei contratti 3. affidamento incarichi consulenza legale/difesa in giudizio, proroga dei contratti	1. SC Programmazione e Controllo Acquisti 2. SC Immobili e Impianti 3. SC Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera C	1. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici/privati 2. rimborso erogazione farmaci	1. DSM/DDD/DIP/Distretti/strutture di direzione amministrativa/strutture di direzione sanitaria/strutture di direzione strategica 2. SC Assistenza Farmaceutica
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera D	1. Concorsi pubblici per personale a tempo indeterminato/determinato 2. Conferimento incarichi esterni ex art. 7, c. 6 D.Lgs 165/2001 s.m.i., ex art. 15 octies D.Lgs 502/92 s.m.i. 3. Conferimento incarichi di docenza ad esterni 4. Reclutamento personale convenzionato (MMG/PLS/EST/SA)	1. SC Gevap 2. SC Gevap 3. SC Gevap 4. SS Gestione delle convenzioni di medicina generale e specialistica

Distretto 2**Obiettivo di mandato dei Distretti**Obiettivi generali

5. Ridurre il tasso grezzo di ricoveri per gli indicatori LEA-PAL AHRQ (PQI 1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16,) rispetto al 2014
6. Ridurre i ricoveri per BPCO, Scompensazione cardiaca, Diabete, Polmonite e infezioni del tratto urinario del 10% rispetto al 2014.
7. Ridurre i ricoveri ripetuti per lo stesso MDC (periodo tra 30 gg e 6 mesi dal primo ricovero) (indicatori Sant'Anna) rispetto al 2014
8. Ridurre i ricoveri potenzialmente inappropriati (ricoveri medici LEA Patto salute) rispetto al 2014.

Obiettivi di MicroArea

Sui punti 2 e 4 avere una performance migliore di quella del proprio Distretto sui propri dati 2014.

Obiettivo di budget management distrettuale

Sviluppare l'attività del Distretto di regia e responsabilità dei percorsi di salute dei propri cittadini con attenzione ai risultati proposti dai monitoraggi nazionali e regionali	Direttore di Distretto Dirigenti infermieristici di Distretto 1 dirigente medico SC Anziani Adulti	Produrre, entro il 30 settembre 2015, un documento/progetto che contenga le azioni, le collaborazioni, i percorsi di salute, le responsabilità, le criticità, le esigenze organizzative e di risorse. Esplicitare la propria programmazione operativa e le proposte che riguardano la governance aziendale
--	--	--

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Direzione - Servizi Amministrativi			
1. PAL LINEA 3.1.7 Riconversione di posti letto ospedalieri <i>Trasferimento della RSA S. Giusto nel presidio territoriale dell'Ospedale Maggiore</i>	1.1 Elaborazione (in collaborazione con la Direzione sanitaria e amministrativa) di documento con ipotesi organizzative comprendente l'analisi dei costi, delle attività e degli eventuali risparmi o spese aggiuntive 1.2 Studio di fattibilità conseguente ad indicazioni della Direzione Strategica con analisi dei seguenti elementi: - Adeguatezza spazi - Risorse umane - Risorse strumentali - Processi organizzativi	Direttore di distretto	1.1 Documento elaborato entro il 30.4 1.2 Studio di fattibilità presente ed inviato alla Direzione Strategica entro il 30.09.2015
2. Assicurare uniforme interpretazione e conseguente uniforme applicazione della normativa relativa all'iscrizione volontaria dei cittadini comunitari al SSR	2.1 Definizione di una procedura univoca entro il 31.05.15 2.2 Monitorare e verificare almeno il 90% delle iscrizioni volontarie dei cittadini comunitari al SSR (entro 31.12.15) 2.3 Apporre eventuali correttivi, in particolare sulle iscrizioni precedenti al 31.05.15 (entro 31.12.15)	Patrizia Napoli Giuseppina Brogna Lorraine Mercusa Roberto Paolini In condivisione con D1, D3 e D4	2.1 Procedura presente entro il 31.05.15 2.2,3 Il 100% delle iscrizioni monitorate sono effettuate in base alla procedura univoca. 31.12.2015 Fonte: report delle iscrizioni volontarie dei cittadini comunitari del 2015 (documentazione in sede)
3. Uniformare le procedure relative ai pagamenti delle prestazioni ADI, ADP, ARP, PPIP, Libretti e Bilanci di salute, richiesti dai MMG e PLS, al fine di evitare ritardi e pagamenti impropri	3.1 Predisposizione di schemi base univoci per tutti i distretti per la liquidazione e conseguente inoltro ai MMG e PLS (entro il 30.09.15) 3.2 Predisposizione ed invio di note di	Patrizia Napoli Elisabetta Lenardon In condivisione con D1, D3 e D4	3.1 Gli schemi base per la liquidazione sono predisposti ed inviati ai MMG e PLS entro il 30.09.15 3.2 Entro il 31.12.15 inviate note di contestazione e/o di richiesta di

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	contestazione e/o di richiesta di chiarimenti, con fissazione di un termine finale (entro il 31.12.15)		chiarimenti, in tutti i casi emersi Fonte: report che evidenzi le contestazioni/chiarimenti predisposti/i (documentazione in sede)
4. Assicurare uniforme interpretazione e conseguente uniforme applicazione delle modalità di rimborso dei contributi giornalieri relativi alle cure climatiche/termali e dei soggiorni terapeutici, in relazione alle modalità di erogazione dei contributi definiti dalle specifiche normative regionali	4.1 Analisi della normativa in materia 4.2 Estrapolazione delle disposizioni che potrebbero dar luogo ad interpretazioni plurime 4.3 Definizione univoca delle disposizioni prese in esame e stesura della procedura	Patrizia Napoli Fiorella Dudine In condivisione con D1, D3 e D4	Il 100% dei rimborsi è effettuato sulla base delle disposizioni prese in esame e della relativa procedura 31.12.2015 Report che evidenzi l'applicazione della procedura (documentazione in sede)
5. Facilitare l'accesso e migliorare la gestione operativa delle iscrizioni al S.S.R dei profughi immigrati	5.1 Stabilire giornate dedicate nelle quali preferibilmente i profughi immigrati verranno iscritti, con l'eventuale assistenza dei mediatori culturali, e/o accompagnatori 5.2 Tracciare separatamente le iscrizioni dei profughi immigrati, utilizzando le posizioni assistenziali 20 e 21 (dal 04.03.2015), con tenuta di un archivio separato	Giuseppina Brogna Lorraine Mercusa Roberto Paolini	5.1 Almeno una giornata dedicata all'iscrizione al SSR dei profughi immigrati, con facilità di accesso e interazione con le strutture di accoglienza e gli eventuali mediatori culturali e/o accompagnatori 5.2 Report che evidenzi le iscrizioni con posizione assistenziale 20 e 21 al 31.12.2015. Archivio separato e documentazione presente in sede
6. Prodotti destinati ad una alimentazione particolare (AFIR). Collaborare, con il medico di distretto, alla revisione delle	6.1 Verifica mensile delle autorizzazioni in scadenza, con particolare riferimento agli utenti che hanno cambiato distretto di appartenenza e coloro per i	Elisabetta Lenardon Fiorella Dudine	6.1,2 Revisionate il 100% delle autorizzazioni in essere ed in scadenza nel corso del 2015 a partire dal 1° febbraio 2015

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
autorizzazioni in essere	<p>quali la documentazione sanitaria presente sia incompleta.</p> <p>6.2 Prima della scadenza dell'autorizzazione, avviso agli utenti, che hanno cambiato distretto, della sede e degli orari del Distretto competente.</p> <p>6.3 Inoltro della eventuale lettera di richiesta integrazione della documentazione sanitaria, predisposta dal medico di distretto, agli utenti interessati, con eventuale contatto telefonico o diretto.</p>		Report che evidenzi i controlli effettuati e le lettere inviate (documentazione in sede)
SSD Servizio Infermieristico Distrettuale			
<p>7. PAL LINEA 3.4 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali</p> <p><i>3.4.6 erogazione dei livelli di assistenza (riduzione numero di ricoveri)</i></p> <p><i>Sperimentazione di modalità proattive mirate a prese in carico precoci a favore di assistiti residenti nelle microaree distrettuali mediante un percorso strutturato</i></p>	<p>7.1 Ideazione, progettazione e azioni propedeutiche alla stesura del progetto. Stesura del progetto</p> <p>7.1 a) predisposizione di un sistema di raccolta dati per rilevare: bisogni - problematiche individuate - azioni svolte- monitoraggio - durante la presa in carico;</p> <p>7.1b) Individuazione delle persone over 18 residenti nella MA del Distretto, che hanno usufruito di servizi sanitari e che necessitano di una conoscenza più approfondita</p> <p>7.1c) valutazione delle persone individuate,</p>	<p>Direttore di Distretto Dirigente Infermieristico Referenti MA Medico di Distretto (C. Rotelli) PO SCTSAA</p>	<p>7.1 Progetto redatto entro 30.4.2015</p> <p>7.1 a) Entro il 30/05/2015 presenza di uno strumento di raccolta dati condiviso e utilizzo da parte di tutte le MA aziendali a partire dal 1/06/2015;</p> <p>7.1b) Evidenza di tutte le situazioni individuate in ciascuna MA</p> <p>7.1c) Conoscenza di almeno il 70% (dato complessivo di tutte le MA del Distretto); valutazione delle persone consenzienti, con evidenza delle situazioni che necessitano di presa in carico.</p> <p>7.1d)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	previa verifica del consenso, con visita domiciliare. 7.1d) Segnalazione ai servizi coinvolti e presa in carico delle situazioni che vi necessitano e monitoraggio		Report con evidenza dei servizi e partner coinvolti e/o attivati, e azioni svolte descritte nel piano personalizzato di presa in carico con relativo monitoraggio
8. PAL LINEA 3.1.7 Riconversione di posti letto ospedalieri Trasferimento della RSA S. Giusto nel presidio territoriale dell'Ospedale Maggiore	8.1 Incontri di coordinamento organizzativo e di integrazione con il DSM - SAR 8.2 Identificazione elementi suscettibili di miglioramento nell'area anziani-salute mentale e residenzialità, anche in rapporto alla riduzione del tasso di ospedalizzazione; proposte operative; applicazione delle azioni previste; verifica degli esiti 8.3 Produzione report	Dirigente infermieristico Claudia Rusgnach (in collaborazione con il coordinatore SAR-DSM Marina Schilirò)	1,2 Documento concluso e presentato entro il 28.2 3. Documento rivisto presente al 31.12
Struttura Complessa Tutela Salute Adulti e Anziani			
9. PAL LINEA 3.4 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali <i>3.4.6 erogazione dei livelli di assistenza (riduzione numero di ricoveri)</i> <i>Progettualità coordinamento funzioni condivise: Continuità assistenziale in rete per le microaree</i>	9.1 raccordo sistematico tra il Sistema 118, e distretto sanitario – fascia over 18, secondo percorso codificato nel 2014 (recepimento elenco segnalazioni, analisi dei casi e ipotesi organizzative per la risoluzione delle situazioni complesse non acute) 9.2 garantire un'efficace presa in carico assistenziale per le persone abitanti nelle microaree distrettuali, anche attraverso l'azione di filtro in raccordo	Posizione Organizzativa S.C.T.A.A Referenti di microarea	9.1,2 Evidenza di un sistema di tracciabilità delle attivazioni dei vari nodi della rete territoriale (foglio dati integrato 118-distretto)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>con i medici di medicina generale, SCA, medici di distretto sia a domicilio sia presso le Case di Riposo;</p> <p>9.3</p> <p>Valutazione impatto dopo 3 mesi dalla segnalazione su:</p> <p>Numero accessi in PS</p> <p>Numero ricoveri</p> <p>Giornate di degenza per ricoveri rispetto al trimestre precedente la presa in carico</p>		<p>9.3</p> <p>Report conclusivo con evidenza del percorso, delle azioni organizzative e degli esiti sugli assistiti (accessi in PS, numero ricoveri, giornate di degenza)</p>
Struttura Semplice Cure Ambulatoriali e Domiciliari – Distretto 2			
<p>10.</p> <p>PAL 3.4</p> <p>PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI</p> <p>Riduzione del tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco cronico (SCC)</p> <p>Sperimentazione di una modalità di presa in carico intensiva delle persone affette da SCC</p>	<p>10.1a</p> <p>Presa in carico precoce da parte del SID di almeno 20 pazienti appartenenti al Distretto 2 all'atto della dimissione ospedaliera nel post ricovero per SCC, individuati mediante le comuni procedure di Continuità HT</p> <p>10.1b</p> <p>Nell'ambito delle (minimo) 20 procedure di presa in carico di cui al punto 1.1a è prevista la compilazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) con durata massima di 60 giorni le cui principali finalità sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio clinico, sorveglianza intensiva (minimo 2 accessi per settimana); - Educazione sanitaria (dell'assistito e/o del care giver) indirizzata al miglioramento della compliance 	<p>Dr. Carlo Rotelli</p> <p>Coordinatrice Infermieristica SID</p> <p>Paola Comuzzi</p> <p>Tutto il personale SID (infermieri e OSS)</p>	<p>Presa in carico di almeno 20 pazienti entro 10 giorni dalla dimissione ospedaliera nel post ricovero per SCC con PAI in modalità intensiva secondo quanto descritto nelle azioni e relazione finale sui percorsi e sui sugli esiti.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	terapeutica e dello stile di vita; - Educazione sanitaria (dell'assistito e/o del care giver) indirizzata all'acquisizione di strumenti di automonitoraggio dei principali parametri di malattia (peso corporeo, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, ecc.) - Educazione sanitaria (dell'assistito e/o del care giver) indirizzata all'autogestione nell'impiego di diuretici in base al peso corporeo 10.2 Monitoraggio del numero di ricoveri relativi all'anno 2015 con diagnosi d'ingresso per SCC per gli assistiti individuati al punto 10.1a		
11. PAL 3.6.2.2. Applicazione del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf e della codifica nosologica ICD9-CM	Consolidamento dell'utilizzo della classificazione ICD9-CM per la codifica della diagnosi dei pazienti in carico ai Distretti e l'uso di strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale, migliorando l'implementazione dei dati sul SISR: 11.1. Codifica con ICD9-CM e inserimento dei dati sui sistemi informativi pertinenti delle diagnosi nei pazienti con PAI presi in carico dal SID/AID dal 01.01.2015 11.2. Valutazione dei bisogni assistenziali relativi ai pazienti presi in carico dal SID dal 01.01.2015, mediante scheda di	Dr. Carlo Rotelli Dr.ssa Tiziana Oliverio Coord. Inferm. SID Paola Comuzzi Coord. Inf. AID Paola Moro Tutto il personale SID Tutto il personale AID 11.1. personale SID /AID 11.2: personale SID	11.1. Codifica ICD9 presente in oltre il 100%dei pazienti presi in carico dal 1/1/2015 11.2. Valutazione con ValGraf presente in oltre il 90% delle prese in carico dal 1/1/2015

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	valutazione Val.Graf (versione essenziale 2012) e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo 11.3. In collaborazione con SS Anziani e Residenze, valutazione mediante scheda Val.Graf-FVG nel 50% delle strutture non convenzionate (in precedenza individuate da parte del Distretto e dopo la comunicazione delle stesse da parte della Direzione Distrettuale) previa segnalazione da parte delle strutture entro i 10 giorni precedenti l'ingresso dell'ospite	11.3. personale SID in collaborazione con SS Anziani e Residenze	11.3. Il 100% dei casi segnalati al SID hanno una valutazione multidimensionale con il sistema Val.Graf a partire dal 01/05/2015 secondo i criteri descritti nell'azione 3.
12. PAL Linea 3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA Contenimento e governo della spesa farmaceutica territoriale realizzando iniziative volte a promuovere l'appropriatezza prescrittiva ed il buon uso del farmaco.	12.1. Per tutti i nuovi assistiti in carico al Distretto 2 e affetti da malattia celiaca, acquisizione e vidimazione della documentazione sanitaria certificante la malattia rilasciata dal Centro di Riferimento Nazionale 12.2. Rivalutazione dei casi di pazienti affetti da malattia celiaca e della loro documentazione sanitaria presente in Distretto 2 per valutarne la completezza, identificando eventuali pazienti che necessitano di una ridefinizione del percorso diagnostico-terapeutico 12.3 Produzione di un report conclusivo	Dr.ssa Tiziana Oliverio	12.1. Relazione con evidenza del 100% sui nuovi casi 12.2. Al 31.12.2015 valutazione e controllo di tutta la documentazione già in essere e relazione complessiva a partire dal 1/02/2015 (Fonte: documentazione agli atti)
13.	13.1.	Dr. Carlo Rotelli	Entro il 31.12.2015 stesura di

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
PAL Linea 3.3.1 Lo sviluppo dell'assistenza primaria	Ricognizione delle associazioni-gruppi di MMG e/o delle aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) individuate dalle Direzioni Aziendali e disponibili alla realizzazione di un Centro per l'Assistenza Primaria 13.2. Definizione di spazi necessari, orari di funzionamento (min. 6 ore al giorno), turistica e rotazione dei diversi professionisti afferenti alla AFT candidata alla realizzazione del CAP presso il Distretto 2 13.3. Definizione delle risorse distrettuali effettivamente integrabili con l'operatività del CAP realizzabile presso l'Ospedale Maggiore 13.4. Ricognizione degli spazi disponibili presso il Presidio Ospedale Maggiore di Trieste e valutazione dell'idonea collocazione nelle adiacenze distrettuali		reportistica dettagliata inerente a: - Contatto con le associazioni-gruppi di MMG e/o AFT afferenti al Distretto 2 non appena disponibili gli elenchi dei MMG tra loro aggregati; individuazione di almeno una associazioni-gruppi di MMG e/o AFT disponibile alla costituzione di un CAP presso il Distretto 2 - Di concerto con la CAP di cui al punto 1, le Direzioni Aziendali e di Distretto, stesura di un documento iniziale di esercizio della CAP distrettuale comprendente la definizione delle necessità materiali (spazi, attrezzature, personale, ecc.)
14. Linea PAL 3.3.3 Accreditamento Integrazione delle diverse attività e acquisizione di tutte le competenze e conoscenze trasversali della Medicina Specialistica e del Centro Prelievi da parte di tutti gli operatori	14.1 Progettazione e realizzazione di almeno 5 incontri formativi e informativi a beneficio del personale medico, infermieristico e OSS di struttura per l'acquisizione delle conoscenze e competenze relative alle attività di sede: -Richiesta informatizzata e distribuzione dei prodotti relativi alla	Coordinatrice infermieristica Paola Moro Infermieri e OSS/IG Medicina Specialistica, incluso Centro Prelievi Dr.ssa Tiziana Oliverio Dr. Carlo Rotelli PO infermieristica S.S.T.A.A Bianca Lenardon	14.1 Entro il 31.12.2015 realizzazione di almeno cinque occasioni formative e partecipazione per almeno l'80% del personale dedicato

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Nutrizione artificiale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestione e medicazione delle lesioni cutanee semplici e complesse - Richiesta e distribuzione diretta dei farmaci - Richiesta e distribuzione diretta prodotti AFIR -Richiesta e distribuzione apparecchi e accessori per il supporto ventilatorio -Terapia TAO e gestione delle rilevazioni capillari INR - Organizzazione del Centro Prelievi presso l’Ospedale Maggiore - Organizzazione degli Ambulatori Specialistici presso la sede distrettuale dell’Ospedale Maggiore <p>14.2. Rotazione nella turnistica del personale infermieristico e OSS/IG che permetta la conoscenza e l’acquisizione di tutte le attività ambulatoriali distrettuali della Medicina Specialistica e Centro Prelievi</p> <p>14.3 Progettazione e realizzazione di un quaderno informativo che descriva le attività della Medicina Specialistica e Centro Prelievi.</p>		<p>14.2-3 Evidenza della turnazione di almeno l’80% del personale infermieristico/OSS e IG in ogni ambito operativo individuato con realizzazione del quaderno informativo</p>
RSA San Giusto			
<p>15. Prevenzione dei danni da caduta accidentale in RSA S. Giusto (a gestione diretta)</p>	<p>Sorveglianza delle cadute e prevenzione dei danni da caduta in RSA S. GIUSTO anche attraverso la formazione degli ospiti e loro care giver.</p>	<p>Tutto il personale dell'RSA San Giusto</p>	<p>15.1. 100% cartelle chiuse in RSA contenenti scheda di valutazione del rischio cadute compilata in modo completo</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	15.1 Corretta compilazione della scheda di valutazione del rischio di cadute. 15.2 Educazione degli ospiti o dei care giver per prevenire le cadute con consegna del modulo informativo aziendale sulla prevenzione delle cadute.		15.2. Evidenza del N° pazienti- care giver informati/N° pazienti a rischio caduta nella RSA S. Giusto = 100%
16. Revisione e standardizzazione delle cartelle nelle RSA relativamente al controllo del dolore	Verifica della corretta valutazione del dolore in RSA 1. Valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso dell'ospite in RSA 2. Monitoraggio quotidiano del dolore 3. Rivalutazione del dolore entro 2 ore negli ospiti con NRS uguale o superiore a 4	Tutto il personale dell'RSA San Giusto	1. Valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso dell'ospite in RSA con corretta compilazione nel 100% dei FUT (Foglio Unico Terapia) 2. Monitoraggio quotidiano del dolore con corretta compilazione nel 100% dei FUT (Foglio Unico Terapia) 3. Rivalutazione del dolore entro 2 ore dalla somministrazione della terapia negli ospiti con NRS uguale o superiore a 4 con corretta compilazione nel 100% dei FUT (Foglio Unico Terapia)
17. Accrescimento delle competenze degli operatori dell'RSA San Giusto sui temi proposti dal PAL 2015 e sui PDTA	Attuazione di un percorso di formazione di 6 incontri per gli operatori dell'RSA San Giusto sui seguenti temi: 1. Lo scompenso cardiaco nell'anziano fragile. Percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale 2. La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO). Percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale	Dott.ssa Mariacristina Vazzaz Dott.ssa Laura Santon	Entro il 31/12 esecuzione di tutti i corsi con verifica dell'apprendimento mediante questionario.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. Il dolore: rilevazione, monitoraggio e principi di base del trattamento 4. La polifarmacoterapia nell'anziano: primum non nocere 5. Il delirium 6. I germi multiresistenti in RSA: prevenzione, controllo e gestione del paziente colonizzato o infetto		
SS. Tutela Anziani e Residenze			
18. PAL 3.6.2.2 Applicazione del Sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf	Garantire la valutazione multidimensionale Val.Graf di tutti i casi segnalati con almeno 10 giorni di anticipo dall'ingresso nelle strutture residenziali e semiresidenziali convenzionate e nel 50% delle case albergo e delle residenze polifunzionali non convenzionate.	SS Tutela Anziani e Residenze	Il 100% dei casi segnalati alla SS Anziani e Residenze D2 con almeno 10 giorni di anticipo dall'ingresso nelle strutture residenziali e semiresidenziali convenzionate e nel 50% delle case albergo e delle residenze polifunzionali non convenzionate (in precedenza individuate da parte dei 4 distretti e dopo comunicazione alle stesse da parte della Direzione) hanno la valutazione multidimensionale con il sistema Val.Graf a partire dal 01/05/2015.
19. PAL 3.6.2.4 Sistema informativi	Monitoraggio, verifica ed eventuale sollecito sull'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio.	SS Tutela Anziani e Residenze	Report con le verifiche trimestrali e le eventuali sollecitazioni (trimestrali) ai servizi residenziali e semiresidenziali per anziani convenzionati del proprio territorio in merito all'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
20. PAL 3.3.3 Programmazione degli interventi socio-sanitari. Sviluppo di progetti nel settore delle demenze in rete integrata dell'offerta socio sanitaria.	20.1. Consolidamento della rete e delle modalità di presa in carico nel settore delle demenze applicando il PDTA Demenze/Deterioramento cognitivo già approvato nel 2013 (vedi prot N 54697/GEN I.1.A del 18/11/2013). 20.2. Integrazione con AOUTS per i casi con necessità di completamento diagnostico terapeutico in ambiente ospedaliero, con necessità di presa in carico territoriale e per valutare l'indicazione alla terapia con farmaci anticolinesterasici, come da PDTA.	Responsabile S.S. Anziani e Residenze Dott. Giacomo Benedetti Dirigente Psicologa Dott.ssa Filomena Vella	20.1. Applicazione del PDTA approvato nel 100% dei nuovi casi che afferiscono al CDDD Distretto 2, al fine di consolidare la rete di presa in carico nel settore delle demenze. 20.2. Registrazione dei casi presi in carico in integrazione con AOUTS con individuazione di eventuali criticità.
s.s. Diabetologia			
21. Linea PAL 3.4.3. Programmazione degli interventi socio-sanitari Obiettivo aziendale: Nel corso del 2015 si implementeranno i percorsi assistenziali sul diabete in gravidanza.	Attuazione di quanto previsto nel "Documento di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale" in collaborazione con i Consultori e la Struttura di Ginecologia ed Ostetricia del Burlo. Presa in carico delle pazienti segnalate e consenzienti	Tutto il personale SS Diabetologia	Presa in carico, presso il Centro Diabetologico del 100% delle pazienti con diabete gestazionale segnalate secondo il "Documento di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale" redatto nel 2014
22. LINEA PAL 3.2 Prevenzione sul tema del diabete e degli stili di vita sani Obiettivo aziendale: Nel corso del 2015 si implementeranno, con il coinvolgimento delle farmacie aperte al pubblico e con il contributo dei sanitari interessati,	Garantire il necessario supporto alla formazione dei farmacisti delle farmacie aperte al pubblico affinché possano sensibilizzare e trasferire correttamente agli utenti i migliori suggerimenti per preservare la salute di ciascuno, ovvero modificare gli stili di vita potenzialmente rischiosi tramite: 1. Organizzazione di un Corso di	Tutto il personale SS Diabetologia	Entro il 31 dicembre 2015: - Almeno 2 corsi di formazione per i farmacisti - Almeno un corso di formazione per i Volontari della Nuova Assodiabetici di Trieste - Almeno un opuscolo informativo divulgativo sul tema del diabete e degli stili di vita sani - condiviso tra SS Centro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
le attività stabilite dal Piano della Prevenzione sul tema del diabete e degli stili di vita sani (Progetto "Misura la Tua Vita").	<p>formazione (con almeno 2 incontri) rivolto ai farmacisti delle farmacie aperte al pubblico sul tema del diabete e degli stili di vita sani,</p> <p>2. Organizzazione di Corso di Formazione (almeno 2 incontri) per i volontari dell'Associazione Nuova Assodiabetici di Trieste con il coinvolgimento dell' Urp</p> <p>3. Organizzazione di incontri tra SS Centro diabetologico, Urp e Nuova Assodiabetici di Trieste al fine di pervenire alla creazione di un opuscolo informativo divulgativo sul tema del diabete e degli stili di vita sani</p>		diabetologico, Urp e Nuova Assodiabetici di Trieste.
23. Linea PAL 3.5.9 Promuovere l'appropriatezza prescrittiva dei prodotti AFIR con particolare riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici	<p>Monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni di strisce per l'autocontrollo della glicemia ("Test Glicemia" - 7AB1B01), con riferimento alle classi di prescrizione stabilite dagli Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito, con produzione di due report, entro giugno e dicembre 2015.</p> <p>Effettuazione nel corso dell'anno di due incontri di confronto/audit con i prescrittori.</p>	<p>Resp. SS Diabetologia Distretto 2 (Dott.ssa Elena Manca)</p> <p>In collaborazione con Gruppo di Lavoro Dipartimentale di Epidemiologia e SS Vigilanza Erogazione dell' Assistenza Farmaceutica</p>	<p>Monitorare l'appropriatezza delle prescrizioni di strisce per l'autocontrollo della glicemia nei MMG. Almeno due audit aziendali con i prescrittori.</p>
S.S.D. Riabilitazione			
24. Percorso di continuità riabilitativa e PDTA	<p>Revisione del protocollo di continuità riabilitativa e sperimentazione delle nuove modalità con produzione di un documento</p>	<p>Tutto il personale del comparto delle SS Dipartimentali Riabilitazione Distrettuale</p>	<p>.1. Tutti i pazienti ricoverati da maggio 2015 che rientrano nel protocollo di continuità riabilitativa AOUTS AAS1 verranno valutati con le nuove modalità</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			2. Documento con analisi della sperimentazione e definizione delle modifiche apportate.
25. Assistenza primaria	Implementazione dei percorsi semplificati di riabilitazione ambulatoriale	Personale del comparto delle SS Dipartimentali Riabilitazione Distrettuale	Apertura dell'ambulatorio del fisioterapista 1 ora a settimana per percorsi semplificati su invio dei MMG inseriti nel progetto "Mal di schiena" dall'attivazione dell'agenda in G3 Fonte dati report di Struttura
26. Programmazione degli interventi socio-sanitari	Adottare la classificazione ICF modificata Vilma-FABER nei pazienti con gravi Disabilità	Personale dirigente delle SS Dipartimentali Riabilitazione Distrettuale	Almeno un evento formativo per condividere la nuova Valutazione ICF modificata. Valutazione di almeno 10 pazienti
Struttura complessa Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglie			
27 PAL 2014 Linea 3.3.3 salute mentale Avvio di una rete territoriale di salute mentale per l'età evolutiva : diagnosi e presa in carico tempestiva degli esordi psicotici e riconoscimento precoce delle situazioni di fragilità	1. Accoglienza dei soggetti della fascia d'età 15-25 che accedono alle SS Consultorio Familiare e SS TSBA con richiesta diretta o eterodiretta di aiuto psicologico (help seeking) tramite colloquio, raccolta di notizie anamnestiche e del consenso al trattamento dati, compilazione della scheda, presentazione in equipe, previo consenso del soggetto o della famiglia. 2. Valutare – secondo il protocollo in essere - tutti i nuovi soggetti 15-25 anni che richiedono aiuto psicologico alla SC BADoF (help seeking) e identificare gli stati mentali ad alto rischio di esordio di disturbo mentale severo e le situazioni di fragilità	1 Tutto il personale della SC BADoF 2 Tutti i dirigenti	1. Tutti gli help seeking della fascia d'età 15-25 sono accolti presso le due strutture secondo quanto descritto in azione 2. Tutti i nuovi soggetti nella fascia d'età 15-25 anni che richiedono aiuto psicologico alla SC BADoF hanno una prima valutazione. 3.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. Segnalare al CSM di competenza per valutazione integrata dei soggetti risultati positivi alla valutazione distrettuale secondo la procedura definita dal protocollo 4. Mantenimento del registro specifico per la fascia di età 15- 25, analisi dei dati e dei percorsi sui casi incidenti e realizzazione di report (nuovi casi 2015)	3 Tutti i dirigenti 4 Dr.ssa Daniela Vidoni	Tutti i soggetti risultati positivi alla valutazione vengono segnalati al CSM/NPI 4. Compilazione completa del registro casi Analisi dei dati e dei percorsi sui casi incidenti
28. Prevenzione delle malattie infettive e politiche vaccinali Attuazione del programma vaccinale- mantenimento o miglioramento dei tassi di copertura raggiunti nel 2014. Tassi di riferimento aziendali 2014: 3 dosi esavalente: 91,1% 1 dose MMR: 83% antiVaricella: 37,6%	1. Partecipazione con propri operatori alla stesura di un progetto di formazione/ comunicazione integrato (Dipartimento, Distretti, PLS e MMG e altri stakeholders istituzionali) 2. Mantenimento dell'informazione sulle vaccinazioni all'utenza che accede al Percorso Nascita distrettuale (Corsi di accompagnamento alla nascita post parto)	Operatori SCBADOF	1. Almeno una iniziativa condivisa dip-distretto di formazione/ informazione/ sensibilizzazione 2. Informazione sulle vaccinazioni a tutti i gruppi post parto dei Corsi di accompagnamento alla nascita (n. incontri/n. gruppi=100%)
29. PAL 2014 Linea 3.3.3 salute mentale Messa a regime del percorso diagnostico terapeutico e riabilitativo sui disturbi dello spettro autistico per la fascia d'età fino a 48 mesi nell'ambito delle attività di diagnosi precoce e presa in carico tempestiva dei ritardi e disturbi dello sviluppo nelle prime	1 Completare la procedura per la certificazione degli operatori formati a therapist ESDM rilasciata dal MIND Institute University of California Davis. 2 Presa in carico dei bambini inviati dall'IRCCS Burlo Garofolo con diagnosi o rischio di autismo secondo il protocollo, previo consenso dei genitori. 3.	Tutto il personale della SSTSBA distrettuale e di lingua slovena	1-3 Definizione del PDTA concordato con IRCCS Burlo e inviato alla direzione strategica entro il 31/12/2015 4 Almeno un colloquio trimestrale per ogni bambino secondo modello ESDM

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
età della vita.	<p>Elaborazione del PDTA concordato con IRCSS Burlo Garofalo, evidenziando i punti su cui è necessario intervenire prioritariamente (formazione risorse appalti accordi)</p> <p>4. Sostegno ai genitori dei bambini in trattamento con modello ESDM al fine di migliorare la compliance al parent-training</p>		
<p>30. PAL 2015 3.2.7 Benessere mentale di bambini, adolescenti e giovani attraverso attività di promozione della salute, ri/abilitativi, interventi di sviluppo di comunità, sensibilizzazione, formazione anche dei contesti</p> <p>Valorizzare gli interventi di sviluppo di comunità e le azioni di promozione alla salute (obiettivo pluriennale)</p>	<p>1 Sostenere le attività di promozione alla salute, con il coinvolgimento attivo delle agenzie del territorio, scuole, parrocchie, microaree ecc., rivolte ai giovani ed alle famiglie e volte a garantire informazioni sull'offerta e sui percorsi di accesso ai servizi della SC BADOF</p> <p>2. Realizzare incontri di sostegno alla genitorialità presso il servizio, anche in un'ottica di empowerment e di auto aiuto dell'utenza, rivolti a genitori</p> <p>3. Continuazione del lavoro con i gruppi di adolescenti e giovani adulti della fascia d'età 15-25 anche in raccordo e collaborazione con progetti di comunità presenti sul territorio</p> <p>4. Realizzare incontri psicoeducativi e sostegno alla genitorialità per famiglie fragili o confliggenti con preadolescenti</p>	<p>1 Dr.ssa Barbara Fazi Logopediste SS TSBA</p> <p>2. Dr.ssa Barbara Fazi</p> <p>3. Dr. Oscar Dionis Dr.ssa Daniela Vidoni</p> <p>4. Dr.ssa Genoveffa Corvino</p>	<p>1 Almeno un'attività strutturata viene condivisa con attori del territorio. (fonte: report attività)</p> <p>2. Almeno 15 incontri di gruppo. (fonte: report attività)</p> <p>3. Almeno un ciclo di 15 incontri in uno spazio extrasanitario in collaborazione con altre agenzie pedagogiche (31 dicembre 2015) (fonte: report attività)</p> <p>4. Almeno 10 incontri di gruppo. (fonte: report attività)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>della fascia d'età 11-14 (scuola media)</p> <p>5. Realizzare incontri psicoeducativi e sostegno alla genitorialità per famiglie fragili o confliggenti con bambini fascia d'età 3-10 (scuola materna e scuola primaria)</p> <p>6. Sperimentare attività di gruppo per genitori di famiglie multiproblematiche e con provvedimento di tutela minori da parte dell'AA.GG. ed in carico alla SC</p>	<p>5. Dr.ssa Laura Zancola</p> <p>6. Dott.ssa Francesca Ravalico Dott.ssa Sabrina Ruberti</p>	<p>5. Almeno 10 incontri di gruppo. (fonte: report attività)</p> <p>6. 1 gruppo attivato per le famiglie target entro il 30/06/2015 Almeno 8 incontri di gruppo (fonte report attività maggio-dicembre 2015)</p>
<p>31. PAL 3.6.3 Minori</p> <p>Dalle "linee di gestione per SSN anno 2015" Legge n.184/1983 e s.m.i. Adozione:</p>	<p>Definizione di un percorso integrato di assistenza ridefinendo in modo omogeneo gli aspetti metodologici e organizzativi nei 4 distretti, che comprenda tutte le funzioni di competenza dei CCFF: informazione/formazione, valutazione, tutela, sostegno psico-sociale nelle varie fasi del percorso adottivo, integrandosi con le associazioni presenti sul territorio.</p>	<p>Dr.ssa Maria Vanto (In collaborazione con i Consultori Famigliari dei quattro Distretti)</p>	<p>Proposta alla direzione di distretto di documento condiviso relativamente al percorso integrato di cure e assistenza 31.12.2015</p>
<p>32. Dalle "linee di gestione per SSN anno 2015" Prevenzione "Meglio Sapere Tutto" la promozione dei comportamenti protettivi nella sfera delle relazioni affettive e sessuali: prevenire le MST, l'uso di sostanze ed altri comportamenti a rischio</p>	<p>1. Mantenimento delle attività del gruppo di progetto (Distretti, DDD, DIP, Privato Sociale, Scuole) da parte del personale del CF/SCBADOF</p> <p>2. Realizzare la formazione dei Peer educator</p> <p>3. Realizzare la formazione degli</p>	<p>Tutti gli operatori CCFF</p>	<p>1-4. Completamento della formazione dei gruppi Peer Educator (Junior): - Formazione degli operatori e degli insegnanti delle scuole partecipanti sulle tematiche di interesse del progetto - Almeno 2 interventi rivolti a gruppi a rischio con elaborazione di un set di strumenti orientati.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>attraverso la metodologia della Peer Education</p>	<p>insegnanti delle scuole aderenti al progetto</p> <p>4. Co-progettare con agenzie del territorio (privato sociale, enti di formazione professionale, ecc) interventi rivolti a gruppi di adolescenti a rischio coinvolgendo direttamente gli adulti di riferimento</p> <p>5. Integrare tale attività con le altre attività di promozione alla salute attivate dalle SCBADOFF distrettuali</p>		<p>31.12.2015</p> <p>5. Report attività di promozione della salute promosse dalla SCBADOFF2</p>
<p>33. PAL LINEA DI GESTIONE 3.6 Progetti attinenti la programmazione degli interventi sociosanitari 3.6.2 Anziani <i>Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani - audit</i></p>	<p>1. Incontri di coordinamento organizzativo e di integrazione</p> <p>2. Identificazione elementi suscettibili di miglioramento nell'area anziani-salute mentale e residenzialità, anche in rapporto alla riduzione del tasso di ospedalizzazione; proposte operative; applicazione delle azioni previste; verifica degli esiti</p> <p>3. Produzione report</p>	<p>Coordinatore SAR-DSM Marina Schilirò (in collaborazione con il Dirigente infermieristico Claudia Rusgnach)</p>	<p>Produzione di 2 report (inizio progetto 1.3.2015) 1° report descrittivo della metodologia di lavoro e della tempistica di attuazione (entro 30.6) 2° report conclusivo (tutte le azioni e i primi risultati)</p>

OBIETTIVI TRASVERSALI – TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
A. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, con cadenza periodica.	Effettuare il monitoraggio semestrale ed annuale dei termini dei procedimenti di competenza rientranti nel PTPC, con l'obbligo di segnalare eventuali scostamenti o anomalie riscontrate, da inviare ai fini della pubblicazione al Responsabile della Trasparenza	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del report al Responsabile della Trasparenza ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro il 15 gennaio dell'anno
B. Valutazione delle modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi di competenza a maggiore rischio di corruzione.	Formulazione di una proposta operativa ai fini dell'applicazione del principio della rotazione periodica del responsabile del procedimento, tenuto conto della necessità di garantire la continuità delle attività della struttura e temperando l'esigenza, ove riscontrata, dell'impiego delle competenze e delle specializzazioni acquisite.	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del documento di analisi e proposta alla Direzione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 30.11.2015 .

MACRO ATTIVITA'	ATTIVITA'/PROCESSO	S.O. / S.C. / S.S.
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera A	1. autorizzazioni/concessioni 2. certificazioni 3. sopralluoghi/ispezioni 4. autorizzazione incarichi ex art. 53 D.Lgs 165/2001 s.m.i.	1. Dipartimento di Prevenzione 2. Dipartimento di Prevenzione 3. Dipartimento di Prevenzione/SC Assistenza Farmaceutica 4. SC Gevap
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera B	1. affidamento lavori, servizi, forniture ex D.Lgs 163/2006 s.m.i., proroga dei contratti 2. affidamento lavori, servizi, forniture ex L. 109/94 s.m.i., proroga dei contratti 3. affidamento incarichi consulenza legale/difesa in giudizio, proroga dei contratti	1. SC Programmazione e Controllo Acquisti 2. SC Immobili e Impianti 3. SC Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera C	1. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici/privati 2. rimborso erogazione farmaci	1. DSM/DDD/DIP/Distretti/strutture di direzione amministrativa/strutture di direzione sanitaria/strutture di direzione strategica 2. SC Assistenza Farmaceutica
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera D	1. Concorsi pubblici per personale a tempo indeterminato/determinato 2. Conferimento incarichi esterni ex art. 7, c. 6 D.Lgs 165/2001 s.m.i., ex art. 15 octies D.Lgs 502/92 s.m.i. 3. Conferimento incarichi di docenza ad esterni 4. Reclutamento personale convenzionato (MMG/PLS/EST/SA)	1. SC Gevap 2. SC Gevap 3. SC Gevap 4. SS Gestione delle convenzioni di medicina generale e specialistica

Distretto 3**Obiettivo di mandato dei Distretti**Obiettivi generali

9. Ridurre il tasso grezzo di ricoveri per gli indicatori LEA-PAL AHRQ (PQI 1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16,) rispetto al 2014
10. Ridurre i ricoveri per BPCO, Scompeso cardiaco, Diabete, Polmonite e infezioni del tratto urinario del 10% rispetto al 2014.
11. Ridurre i ricoveri ripetuti per lo stesso MDC (periodo tra 30 gg e 6 mesi dal primo ricovero) (indicatori Sant'Anna) rispetto al 2014
12. Ridurre i ricoveri potenzialmente inappropriati (ricoveri medici LEA Patto salute) rispetto al 2014.

Obiettivi di MicroArea

Sui punti 2 e 4 avere una performance migliore di quella del proprio Distretto sui propri dati 2014.

Obiettivo di budget management distrettuale

Sviluppare l'attività del Distretto di regia e responsabilità dei percorsi di salute dei propri cittadini con attenzione ai risultati proposti dai monitoraggi nazionali e regionali	Direttore di Distretto Dirigenti infermieristici di Distretto 1 dirigente medico SC Anziani Adulti	Produrre, entro il 30 settembre 2015, un documento/progetto che contenga le azioni, le collaborazioni, i percorsi di salute, le responsabilità, le criticità, le esigenze organizzative e di risorse. Esplicitare la propria programmazione operativa e le proposte che riguardano la governance aziendale
--	--	--

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Miglioramento della presa in carico e delle risposte integrate ottimizzando le risorse a disposizione.</p> <p>Sperimentazione percorsi personalizzati, utilizzando lo strumento del budget di salute, per invalidi con indennità di accompagnamento del Distretto 3</p>	<p>1. Creazione congiunta e applicazione di una scheda di rilevazione di : -necessità di un percorso distrettuale - già attivato - da attivare - da modificare</p> <p>2. Raccordo e attivazione delle strutture di riferimento del D3 per la presa in carico o la modifica degli interventi già in atto per tutti i pazienti dell'8 commissione</p> <p>3. Definizione congiunta da parte strutture coinvolte di una procedura per redazione di un progetto personalizzato per i pazienti del D3 con indennità di accompagnamento riconosciuta</p> <p>4. Applicazione della scheda di progetto, esame delle schede e redazione congiunta di progetti personalizzati con budget di salute per almeno 30 pazienti del D3</p> <p>5. Ottenuto il consenso informato, segnalazione alle strutture di riferimento e monitoraggio delle persone che si presentano in 8 commissione con prognosi infausta per proporre una visita a domicilio di informazione sui percorsi di salute e la presa in carico territoriale.</p> <p>6. Creazione di un registro dedicato</p>	<p>Direttore di D 3 - Dott. A. Pianca Dirigente infermieristica SSD Servizio Infermieristico distrettuale - dott.a Ofelia Altomare Responsabile infermieristica S.C. tutela Salute A.A. - Dott.ssa Gabriella D'Ambrosi Coordinatrice SSD Riabilitazione - Dott.ssa Gabriella Cernigoi</p>	<p>1,2. Report annuale con evidenza di quante persone risultano durante la valutazione dell'8 commissione, già prese in carico dal Distretto, quante sconosciute, quante con necessità di modifica del percorso in atto. 31.12.2015</p> <p>3. Presenza procedura e scheda 30.06.2015</p> <p>4,5 Relazione finale sui risultati per almeno 30 pazienti, e verifica dell'efficacia della distrettualizzazione e delle ricadute di un percorso personalizzato sulla pratiche assistenziali 31.12.2015</p> <p>6. Presenza di un registro distrettuale dedicato 31.12.2015</p>
<p>2. Garantire l'appropriatezza degli</p>	<p>1. Consolidamento dei percorsi e delle modalità di presa</p>	<p>Responsabile della S.O. Angelina Pianca</p>	<p>1. Tutti i casi complessi vengono presi in carico</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>interventi attraverso i percorsi di continuità e presa in carico di persone con malattie a lungo termine o in fase terminale che coinvolgano le SS della SC Adulti Anziani e SSD Riabilitazione</p>	<p>in carico definiti nel 2014: post-dimissione e reinserimento domiciliare post-dimissione-RSA-Domicilio post -dimissione- RSA-residenzialità da domicilio da residenzialità 2. Verifica dell'appropriatezza</p>	<p>Responsabile SSD Serv. Infermieristico Ofelia Altomare Responsabile infermieristica Sc dott.ssa Gabriella D'ambrosi</p>	<p>secondo i percorsi assistenziali individuati 2. Analisi di almeno 15 cartelle del SID, SS Tutela salute Anziani e residenze, SSD, random per verificare l'appropriatezza dei percorsi e la eventuale necessità di modifiche</p>
<p>3. PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI Riduzione del tasso di ospedalizzazione e/o giornate di degenza Sperimentazione di modalità proattive mirate a prese in carico precoci a favore di assistiti residenti nelle microaree distrettuali mediante un percorso strutturato</p>	<p>1. predisposizione di un sistema di raccolta dati per rilevare: bisogni - problematiche individuate - azioni svolte- monitoraggio - durante la presa in carico; 2. Individuazione delle persone over 18 residenti nella MA del Distretto, che hanno usufruito di servizi sanitari e che necessitano di una conoscenza più approfondita 3. valutazione delle persone individuate, previa verifica del consenso, con visita domiciliare. 4. Segnalazione ai servizi coinvolti e presa in carico delle situazioni che vi necessitano e monitoraggio</p>	<p>SSD Servizio Infermieristico Distrettuale Dirigente Infermieristico Referenti MA (in collaborazione con tutte le strutture distrettuali)</p>	<p>1. Entro il 30/05/2015 presenza di uno strumento di raccolta dati condiviso e utilizzo da parte di tutte le MA aziendali a partire dal 1/06/2015; 2. Evidenza di tutte le situazioni individuate in ciascuna MA 3. Conoscenza di almeno il 70% (dato complessivo di tutte le MA del Distretto); valutazione delle persone consenzienti, con evidenza delle situazioni che necessitano di presa in carico. 4. Report con evidenza dei servizi e partner coinvolti e/o attivati, e azioni svolte descritte nel piano personalizzato di presa in carico con relativo monitoraggio</p>
<p>4. PAL 3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI (Punto 3.4.1 delle Linee di gestione)</p>	<p>1. In seguito alla segnalazione ospedaliera si garantisce la presa in carico precoce da parte del SID di almeno 20 pazienti del Distretto 3 all'atto della dimissione che presenti elevata severità di malattia (decorso ospedaliero complicato , classe NYHA III-IV) o storia recente di ricoveri multipli e/o fragilità sanitaria (età</p>	<p>Responsabile Medico Cure Ambulatoriali e Domiciliari Dott.ssa Montesi Coord. Infermieristico Stemberger Vanessa Tutto il personale</p>	<p>Presa in carico di almeno 20 pazienti entro 10 giorni dalla dimissione ospedaliera nel post ricovero per SCC con PAI in modalità intensiva secondo quanto descritto nelle azioni e relazione finale sui percorsi e sui sugli esiti.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Riduzione del tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco cronico (SCC)</p> <p>Sperimentazione di una modalità di presa in carico intensiva delle persone affette da SCC.</p> <p>1.2 Verifica finale su eventuali esiti di riduzione del numero di ricoveri ospedalieri ripetuti con diagnosi d'ingresso per SCC per assistiti individuati nella sperimentazione.</p>	<p>avanzata, complessità clinica, comobilità).</p> <p>2. Nell'ambito della presa in carico delle persone al punto 1, è prevista la compilazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) che nella fase intensiva prevede una durata compresa tra i 30 e i 60 giorni, in cui le cui principali finalità sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio clinico, sorveglianza intensiva (min 2 accessi per settimana); - Educazione sanitaria (dell'assistito e/o del care giver) indirizzata al miglioramento della compliance terapeutica e dello stile di vita; - Educazione sanitaria (dell'assistito e/o del care giver) indirizzata all'acquisizione di strumenti di automonitoraggio dei principali parametri di malattia (peso corporeo, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, ecc.); - Educazione sanitaria (dell'assistito e/o del care giver) indirizzata all'autogestione nell'impiego di diuretici in base al peso corporeo <p>3. Monitoraggio del numero di ricoveri relativi all'anno 2015 con diagnosi d'ingresso per SCC per gli assistiti individuati al punto 1.1</p> <p>4. Progettazione e realizzazione di almeno 2 incontri formativi a beneficio del personale infermieristico e OSS di struttura (almeno 80%) al fine di migliorare la qualità assistenziale e la collaborazione tra i servizi, di creare un confronto costruttivo tra professionisti e di garantire una crescita professionale e culturale di equipe.</p> <p>5. Trasmissione e acquisizione delle competenze e</p>	<p>Servizio Infermieristico Domiciliare</p> <p>5. Dott.ssa Cristina Montesi</p>	<p>5. Entro il 31.12.2015 realizzazione di almeno due occasioni formative tra personale del</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	conoscenze trasversali inerenti allo scompenso cardiaco tra servizi distrettuali e del CCV.	Coord. Infermieristico Stemberger Vanessa Brunetta Alessandra	SID e personale CCV.
5. PAL 3.4.7 Mantenimento Tempi di attesa Incremento dell'attività ambulatoriale (in accordo con il Centro Cardiovascolare) per le prestazioni di esami elettrocardiografici.	Implementazione dell'attività ambulatoriale distrettuale con incremento dell'offerta degli esami elettrocardiografici.	Coord. Infermieristico Brunetta Alessandra Dr.ssa Cristina Montesi Tutto il personale Servizio Infermieristico Ambulatoriale	Incremento del numero di elettrocardiogrammi effettuati nelle sedi ambulatoriali del Distretto 3 nel 2014 (2015>2014).
6. PAL 3.6.2.2 Applicazione del Sistema di valutazione multidimensionale Valgraf	Garantire la valutazione multidimensionale Valgraf di tutti i casi segnalati con almeno 10 giorni di anticipo dall'ingresso nelle strutture residenziali e semiresidenziali convenzionate e nel 50% dalle case albergo e dalle residenze polifunzionali non convenzionate.	Struttura Semplice Anziani e Residenze	Il 100% dei casi segnalati all'SS Anziani e Residenze D3 con almeno 10 giorni di anticipo dall'ingresso nelle strutture residenziali e semiresidenziali convenzionate e nel 50 % delle case albergo e delle residenze polifunzionali non convenzionate (in precedenza individuate da parte dei 4 Distretti e dopo comunicazione alle stesse da parte della Direzione) hanno la valutazione multidimensionale con il sistema Valgraf a partire dal 01/05/2015 (01/05/2015 – 31/12/2015)
7. PAL 3.6.2.4 Sistemi informativi	Monitoraggio, verifica ed eventualmente sollecito sull'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio.	Struttura Semplice Anziani e Residenze Dott.ssa Ticali Jessica	Report che evidenzi le verifiche trimestrale e le eventuali sollecitazioni (trimestrali) ai servizi residenziali e semiresidenziali per anziani convenzionati del proprio territorio in merito all'utilizzo sistematico dello strumento di VMD val.Graf.- FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA. 31/12/2015
8. PAL 3.3.3	Consolidamento della rete e delle modalità di presa in carico nel settore delle demenze applicando i PDTA	Struttura Semplice Anziani e residenze	Applicazione del PDTA nel 100% dei nuovi casi che afferiscono al CDD Distretto 3, al fine

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Programmazione degli interventi socio-sanitari.	Demenze/Deterioramento cognitivo già approvato nel 2013 (vedi prot. N 54697/GEN I.1.A del 18/11/2013)	Dott.ssa Daria Ghersetti	di consolidare la rete di presa in carico nel settore delle demenze. 31/12/2015
9. Linea PAL 3.3.1 Assistenza primaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementazione dei percorsi semplificati di riabilitazione ambulatoriale 2. Verifica della congruità dei percorsi semplificati in atto 3. Verifica, condivisione ed implementazione con gli MMG del CAP Muggia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personale del comparto delle SS Dipartimentale di Riabilitazione Distrettuale 2. Coordinatore della SS Dipartimentale di Riabilitazione Distrettuale dr.ssa Gabriella Cernigoi 3. Responsabile della SS Dipartimentale di Riabilitazione Distrettuale dr.ssa Roberta Oretti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apertura dell'ambulatorio del fisioterapista 1 ora a settimana per percorsi semplificati su invio dei MMG inseriti nel progetto "Mal di schiena" dall'attivazione dell'agenda in G3 Fonte dati report di Struttura 2. Analisi della congruità delle prescrizioni dei MMG verso la struttura di riabilitazione, dal 1 maggio al 30 giugno con relazione finale 3. 1 incontro con gli MMG del CAP presso la sede di Muggia e relazione finale.
10. Linea PAL 3.3.3 Percorso di continuità riabilitativa e PDTA	Revisione del protocollo di continuità riabilitativa e sperimentazione delle nuove modalità con produzione di un documento	Personale del comparto della SS Dipartimentale di Riabilitazione Distrettuale	Tutti i pazienti segnalati dal 1 maggio 2015 dai reparti di Cl. Neurologica, Cl. Ortopedica e Divisione Ortopedica, che rientrano nel protocollo di continuità riabilitativa AOUTS AAS1, verranno valutati con le nuove modalità concordate. Documento con analisi della sperimentazione e definizione delle modifiche apportate
11. Linea PAL 3.3.3 Programmazione degli interventi socio-sanitari	Adottare la classificazione ICF modificata Vilma-FABER nei pazienti con gravi Disabilità	Dirigente medico della SS Dipartimentale di Riabilitazione Distrettuale dr.ssa Sabrina Pellicini	Valutazione di almeno 10 con fascicolo biopsicosociale compilato presente in cartella clinica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>12. Linea PAL 3.3.3. Programmazione degli interventi socio-sanitari Obiettivo aziendale: Nel corso del 2015 si implementeranno i percorsi assistenziali sul diabete in gravidanza.</p>	<p>Attuazione di quanto previsto nel “Documento di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale” in collaborazione con i Consulenti e la Struttura di Ginecologia ed Ostetricia del Burlo</p>	<p>Tutto il personale SS Diabetologia</p>	<p>Presenza in carico, presso il Centro Diabetologico del 100% delle pazienti con diabete gestazionale segnalate secondo il “Documento di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale” redatto nel 2014 Report del numero di donne segnalate e prese in carico</p>
<p>13. LINEA PAL 3.2 Prevenzione sul tema del diabete e degli stili di vita sani Obiettivo aziendale: Nel corso del 2015 si implementeranno, con il coinvolgimento delle farmacie aperte al pubblico e con il contributo dei sanitari interessati, le attività stabilite dal Piano della Prevenzione sul tema del diabete e degli stili di vita sani (Progetto “Misura la Tua Vita”).</p>	<p>Garantire il necessario supporto alla formazione dei farmacisti delle farmacie aperte al pubblico affinché possano sensibilizzare e trasferire correttamente agli utenti i migliori suggerimenti per preservare la salute di ciascuno, ovvero modificare gli stili di vita potenzialmente rischiosi tramite:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Organizzazione di un Corso di formazione (con almeno 2 incontri) rivolto ai farmacisti delle farmacie aperte al pubblico sul tema del diabete e degli stili di vita sani, 2. Organizzazione di Corso di Formazione (almeno 2 incontri) per i volontari dell’Associazione Nuova Assodiabetici di Trieste con il coinvolgimento dell’ Urp 3. Organizzazione di incontri tra SS Centro diabetologico, Urp e Nuova Assodiabetici di Trieste al fine di pervenire alla creazione di un opuscolo informativo divulgativo sul tema del diabete e degli stili di vita sani 	<p>Tutto il personale SS Diabetologia</p>	<p>Entro il 31 dicembre 2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Almeno 2 corsi di formazione per i farmacisti - Almeno un corso di formazione per i Volontari della Nuova Assodiabetici di Trieste - Almeno un opuscolo informativo divulgativo sul tema del diabete e degli stili di vita sani - condiviso tra SS Centro diabetologico, Urp e Nuova Assodiabetici di Trieste.
<p>14. Linea PAL 3.5.9 Promuovere l’appropriatezza prescrittiva dei prodotti AFIR con particolare riferimento ai</p>	<p>Monitoraggio dell’appropriatezza delle prescrizioni di strisce per l’autocontrollo della glicemia (“Test Glicemia” - 7AB1B01), con riferimento alle classi prescrittorie stabilite dagli Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito, con produzione di due report,</p>	<p>Responsabile SS Diabetologia (dott. Riccardo Candido) In collaborazione con Gruppo di</p>	<p>Monitorare l’appropriatezza delle prescrizioni di strisce per l’autocontrollo della glicemia nei MMG. Almeno due audit aziendali con i prescrittori.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
limiti massimi prescrivibili dei Dispositivi per diabetici	entro giugno e dicembre 2015. Effettuazione nel corso dell'anno di due incontri di confronto/audit con i prescrittori.	Lavoro Dipartimentale di Epidemiologia e SS Vigilanza Erogazione dell' Assistenza Farmaceutica	
15. Linea n.1.3.3.11 Diabete Fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e successivamente provvedendo all'implementazione dei percorsi così definiti.	Presa in carico dei pazienti seguiti dal DDD per problemi chirurgici, prevalentemente di pertinenza vascolare (ulcere e ferite difficili) a. Selezione ed invio da parte del DDD dei pazienti con lesioni acute e croniche, di pertinenza chirurgica, non in regime di emergenza per la presa in carico presso l'ambulatorio chirurgico sovra distrettuale del piede diabetico. b. Definizione del percorso diagnostico-terapeutico integrato. c. Trattamento dei pazienti segnalati in collaborazione con le branche specialistiche necessarie (Clinica Dermatologica, Chirurgia Plastica, Radiologia, Ortopedia e le Malattie Infettive)	Dott. Maurizio Ceschin Inf. Michela Casson in Collaborazione con il personale del DDD	Valutazione del 100% degli utenti inviati dal DDD per ulcere e ferite difficili, definizione delle modalità di presa in carico congiunta (con la definizione del percorso diagnostico-terapeutico integrato) e presa in carico del 100% dei pazienti inviati.
16. PAL 2014 Linea 3.3.3 salute mentale Avvio di una rete territoriale di salute mentale per l'età evolutiva : diagnosi e presa in carico tempestiva degli esordi psicotici e riconoscimento precoce delle situazioni di	1. Valutazione – secondo il protocollo in essere – di tutti i nuovi soggetti 15-25 anni consenzienti che richiedono aiuto psicologico alla SC BADoF per identificare gli stati mentali ad alto rischio di esordio di disturbo mentale severo e le situazioni di fragilità. 2. Segnalazione al CSM/NPI di competenza per valutazione integrata dei soggetti risultati positivi alla valutazione distrettuale secondo la procedura definita	Tutto il personale della SC BADoF Dr.ssa N. Milos Dott. F. Bruni	1. Tutti i nuovi soggetti nella fascia d'età 15-25 anni che richiedono aiuto psicologico alla SC BADoF hanno una prima valutazione. 2. Tutti i soggetti risultati positivi alla valutazione vengono segnalati al CSM/NPI 3. Compilazione completa del registro casi

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
fragilità	dal protocollo. 3. Mantenimento del registro specifico per la fascia di età 15- 25, analisi dei dati e dei percorsi sui casi incidenti e realizzazione di report (nuovi casi 2015)		Analisi dei dati e dei percorsi sui casi incidenti
17. PAL 2014 Linea 3.3.3 salute mentale Messa a regime del percorso diagnostico terapeutico e riabilitativo sui disturbi dello spettro autistico per la fascia d'età fino a 48 mesi nell'ambito delle attività di diagnosi precoce e presa in carico tempestiva dei ritardi e disturbi dello sviluppo nelle prime età della vita.	1 Completare la procedura per la certificazione degli operatori formati a therapist ESDM rilasciata dal MIND Institute University of California Davis. 2. Preso in carico dei bambini inviati dall'IRCCS Burlo Garofolo con diagnosi o rischio di autismo secondo il protocollo, previo consenso dei genitori. 3. Elaborazione del PDTA concordato con IRCCS Burlo Garofalo, evidenziando i punti su cui è necessario intervenire prioritariamente (formazione risorse appalti accordi) 4. Sostegno ai genitori dei bambini in trattamento con modello ESDM al fine di migliorare la compliance al parent-training	Tutto il personale della SSTSBA distrettuale Dott.ssa M. Stocchi	1-3 Definizione del PDTA concordato con IRCCS Burlo e inviato alla direzione strategica entro il 31/12/2015 4. Almeno un colloquio trimestrale per ogni bambino secondo modello ESDM
18. Dalle "linee di gestione per SSN anno 2015" ○ Percorso nascita ○ Materno infantile ○ Piano nazionale della prevenzione Mantenimento dell'allattamento al seno esclusivo dopo la dimissione dalla maternità (Passo 4 e 5-	1. Costruzione di una scheda individuale di raccolta delle informazioni cliniche da utilizzare nell'accoglienza Mamma Bambino da usare nelle 4 SCBADOF 2. Rilevazione incidenza delle patologie del seno nelle donne consenzienti che accedono ai servizi della SCBADOF per l'Accoglienza mamma-bambino dopo la dimissione dall'ospedale	Operatori dedicati SC BADOF	1. Scheda elaborata (30/9/2015) 2. 100% utilizzo della scheda elaborata e rilevazione del carico di patologia dal 1/10/2015 al 31/12/2015 Report di percorsi e criticità

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
standard BFCI)			
19. PAL 3.6.3 Minori Dalle “linee di gestione per SSN anno 2015” Legge n.184/1983 e s.m.i. Adozione:	Definizione di un percorso integrato di assistenza ridefinendo in modo omogeneo gli aspetti metodologici e organizzativi nei 4 distretti, che comprenda tutte le funzioni di competenza dei CCFF: informazione/formazione, valutazione , tutela, sostegno psico-sociale nelle varie fasi del percorso adottivo, integrandosi con le associazioni presenti sul territorio.	1. Dr.ssa Renata Ravelli 2. Dott.ssa S. Olivo	1. Proposta alla direzione di distretto di documento condiviso relativamente al percorso integrato di cure e assistenza 31.12.2015 2. Attivazione di un registro delle situazioni di adozione nazionale e internazionale, analisi dei percorsi e delle criticità (report)
20. Dalle “linee di gestione per SSN anno 2015” Prevenzione “Meglio Sapere Tutto”- la promozione dei comportamenti protettivi nella sfera delle relazioni affettive e sessuali: prevenire le MST, l’uso di sostanze ed altri comportamenti a rischio attraverso la metodologia della Peer Education Obiettivo interdistrettuale	1. Partecipazione al gruppo di progetto da parte del personale del CF 2. Realizzare la formazione dei peer educator 3. Realizzare la formazione degli insegnanti delle scuole aderenti al progetto 4. Co-progettare con agenzie del territorio (privato sociale, enti di formazione professionale, ecc) interventi rivolti a gruppi di adolescenti a rischio coinvolgendo direttamente gli adulti di riferimento	Tutti gli operatori CCFF Dott .ssa R. Accardo SSCF	Completamento della formazione dei gruppi Peer Educator (Junior): - Formazione degli operatori e degli insegnanti delle scuole partecipanti sulle tematiche di interesse del progetto - Almeno 2 interventi rivolti a gruppi a rischio con elaborazione di un set di strumenti orientati. 31.12.2015
21. PAA 2015 provinciale- tavoli pdz 4.7, 5.1, 5.2, 6.2 e 6.3 Presa in carico integrata delle situazioni complesse/ gravi attraverso il modello del progetto personalizzato e case	1. Revisione verifica e monitoraggio dei progetti personalizzati per le situazioni complesse/ gravi in carico alla SCBADOF al 1/1/2015 e dei nuovi casi 2015 con attivati Budget individuali di salute e conseguente computo dell’impegno di spesa sanitaria. 2. Monitoraggio dei progetti personalizzati per i casi	1. Sola 2. Tutto il personale della	1. Quantificazione dell’impegno di spesa di tutti i progetti personalizzati con attivazione di risorse aggiuntive (Budget di salute) 2. Aggiornamento del progetto personalizzato

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
manager Solo d3	complessi/ gravi integrati in carico alla SCBADOF al 1/1/2015 con eventuale ridefinizione del case manager. 3. Mantenimento/ aggiornamento registro disabilità e dei casi integrati (pdz 4) e produzione dei relativi report.	SCBADOF Dott .ssa I. Karavalaki SSTSBA 3. Dott.ssa Abad Pilar SSTSBA Sola	di almeno 20 casi gravi/ complessi integrati in carico alla SCBADOF al 1/1/2015. 3. Registro disabilità e registro dei casi integrati (PDZ 4) aggiornati. Report.
22. Prevenzione delle malattie infettive e politiche vaccinali Attuazione del programma vaccinale- mantenimento o miglioramento dei tassi di copertura raggiunti nel 2014. Tassi di riferimento aziendali 2014: 3 dosi esavalente: 91,1% 1 dose MMR: 83% antiVaricella: 37,6%	1. Partecipazione con propri operatori alla stesura di un progetto di formazione/ comunicazione integrato (Dipartimento, Distretti, PLS e MMG e altri stakeholders istituzionali) 2. Mantenimento dell'informazione sulle vaccinazioni all'utenza che accede al Percorso Nascita distrettuale (Corsi di accompagnamento alla nascita post parto)	Operatori SCBADOF	1. Almeno una iniziativa condivisa dip- distretto di formazione/ informazione/ sensibilizzazione 2. Informazione sulle vaccinazioni a tutti i gruppi post parto dei Corsi di accompagnamento alla nascita (n. incontri/n. gruppi=100%)
23. Assicurare uniforme interpretazione e conseguente uniforme applicazione della normativa relativa all'iscrizione volontaria dei cittadini comunitari al SSR	1 Definizione di una procedura univoca entro il 31.05.15 2 Monitorare e verificare almeno il 90% delle iscrizioni volontarie dei cittadini comunitari al SSR (entro 31.12.15) 3 Apporre eventuali correttivi, in particolare sulle iscrizioni precedenti al 31.05.15 (entro 31.12.15)	Personale amministrativo del Distretto n. 3 In condivisione con D1, D2 e D4	1. Procedura presente entro il 31.05.15 2,3 Il 100% delle iscrizioni monitorate sono effettuate in base alla procedura univoca. 31.12.2015 Fonte: report delle iscrizioni volontarie dei cittadini comunitari del 2015 (documentazione in sede)
24. Uniformare le procedure relative ai pagamenti delle prestazioni ADI, ADP, ARP, PPIP, Libretti e Bilanci di salute, richiesti dai MMG e PLS, al fine	1. Predisposizione di schemi base univoci per tutti i distretti per la liquidazione e conseguente inoltro ai MMG e PLS (entro il 30.09.15) 2. Predisposizione ed invio di note di contestazione e/o di	Personale amministrativo del Distretto n. 3 In condivisione con D1,	1. Gli schemi base per la liquidazione sono predisposti ed inviati ai MMG e PLS entro il 30.09.15 2. Entro il 31.12.15 inviate note di

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
di evitare ritardi e pagamenti impropri	richiesta di chiarimenti, con fissazione di un termine finale (entro il 31.12.15)	D2 e D4	contestazione e/o di richiesta di chiarimenti, in tutti i casi emersi Fonte: report che evidenzi le contestazioni/chiarimenti predisposte (documentazione in sede)
25. Assicurare uniforme interpretazione e conseguente uniforme applicazione delle modalità di rimborso dei contributi giornalieri relativi alle cure climatiche/termali e dei soggiorni terapeutici, in relazione alle modalità di erogazione dei contributi definiti dalle specifiche normative regionali	3.1 Analisi della normativa in materia 3.2 Estrapolazione delle disposizioni che potrebbero dar luogo ad interpretazioni plurime 3.3 Definizione univoca delle disposizioni prese in esame e stesura della procedura	Personale amministrativo del Distretto n. 3 In condivisione con D1, D2 e D4	Il 100% dei rimborsi è effettuato sulla base delle disposizioni prese in esame e della relativa procedura 31.12.2015 Fonte: presenza di report che evidenzi l'applicazione della procedura (documentazione in sede)

OBIETTIVI TRASVERSALI – TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
A. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, con cadenza periodica.	Effettuare il monitoraggio semestrale ed annuale dei termini dei procedimenti di competenza rientranti nel PTPC, con l'obbligo di segnalare eventuali scostamenti o anomalie riscontrate, da inviare ai fini della pubblicazione al Responsabile della Trasparenza	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del report al Responsabile della Trasparenza ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro il 15 gennaio dell'anno
B. Valutazione delle modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi di competenza a maggiore rischio di corruzione.	Formulazione di una proposta operativa ai fini dell'applicazione del principio della rotazione periodica del responsabile del procedimento, tenuto conto della necessità di garantire la continuità delle attività della struttura e temperando l'esigenza, ove riscontrata, dell'impiego delle competenze e delle specializzazioni acquisite.	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del documento di analisi e proposta alla Direzione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 30.11.2015 .

MACRO ATTIVITA'	ATTIVITA'/PROCESSO	S.O. / S.C. / S.S.
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera A	1. autorizzazioni/concessioni 2. certificazioni 3. sopralluoghi/ispezioni 4. autorizzazione incarichi ex art. 53 D.Lgs 165/2001 s.m.i.	1. Dipartimento di Prevenzione 2. Dipartimento di Prevenzione 3. Dipartimento di Prevenzione/SC Assistenza Farmaceutica 4. SC Gevap
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera B	1. affidamento lavori, servizi, forniture ex D.Lgs 163/2006 s.m.i., proroga dei contratti 2. affidamento lavori, servizi, forniture ex L. 109/94 s.m.i., proroga dei contratti 3. affidamento incarichi consulenza legale/difesa in giudizio, proroga dei contratti	1. SC Programmazione e Controllo Acquisti 2. SC Immobili e Impianti 3. SC Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera C	1. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici/privati 2. rimborso erogazione farmaci	1. DSM/DDD/DIP/Distretti/strutture di direzione amministrativa/strutture di direzione sanitaria/strutture di direzione strategica 2. SC Assistenza Farmaceutica
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera D	1. Concorsi pubblici per personale a tempo indeterminato/determinato 2. Conferimento incarichi esterni ex art. 7, c. 6 D.Lgs 165/2001 s.m.i., ex art. 15 octies D.Lgs 502/92 s.m.i. 3. Conferimento incarichi di docenza ad esterni 4. Reclutamento personale convenzionato (MMG/PLS/EST/SA)	1. SC Gevap 2. SC Gevap 3. SC Gevap 4. SS Gestione delle convenzioni di medicina generale e specialistica

Distretto 4**Obiettivo di mandato dei Distretti**Obiettivi generali

13. Ridurre il tasso grezzo di ricoveri per gli indicatori LEA-PAL AHRQ (PQI 1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16,) rispetto al 2014
14. Ridurre i ricoveri per BPCO, Scompensazione cardiaca, Diabete, Polmonite e infezioni del tratto urinario del 10% rispetto al 2014.
15. Ridurre i ricoveri ripetuti per lo stesso MDC (periodo tra 30 gg e 6 mesi dal primo ricovero) (indicatori Sant'Anna) rispetto al 2014
16. Ridurre i ricoveri potenzialmente inappropriati (ricoveri medici LEA Patto salute) rispetto al 2014.

Obiettivi di MicroArea

Sui punti 2 e 4 avere una performance migliore di quella del proprio Distretto sui propri dati 2014.

Obiettivo di budget management distrettuale

Sviluppare l'attività del Distretto di regia e responsabilità dei percorsi di salute dei propri cittadini con attenzione ai risultati proposti dai monitoraggi nazionali e regionali	Direttore di Distretto Dirigenti infermieristici di Distretto 1 dirigente medico SC Anziani Adulti	Produrre, entro il 30 settembre 2015, un documento/progetto che contenga le azioni, le collaborazioni, i percorsi di salute, le responsabilità, le criticità, le esigenze organizzative e di risorse. Esplicitare la propria programmazione operativa e le proposte che riguardano la governance aziendale
--	--	--

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Miglioramento della gestione nelle aree di integrazione socio-sanitaria, delle malattie croniche e della continuità assistenziale. I tre progetti si inseriscono nelle progettualità di PAL e negli obiettivi PDZ</p>	<p>1. Direzione dell'esecuzione del contratto relativo alla fornitura dei servizi di gestione, manutenzione e implementazione, in via sperimentale, dello sportello informativo integrato dedicato alle persone con disabilità, denominato progetto "TRIESTEABILE" e dei servizi di contrasto dell'esclusione sociale, telefonia sociale e punto d'ascolto permanente sul rischio suicidario, denominato "ex-Amalia – Telefono speciale" (del. n. 313 del 26/08/2013)</p> <p>2. Conduzione dei gruppi aziendali di coordinamento e operativi integrati (Distretti, Comune di Trieste, DSM, DDD) dei 3 progetti/servizi (TriesteAibile, Amalia, Telefono Speciale) con compiti di gestione e monitoraggio delle attività oggetto dell'appalto e di gestione di obiettivi e risorse destinate alla comunicazione sociale.</p>	<p>Direttore di Distretto: Dr.ssa Emanuela Fragiacomò</p> <p>Direttore dell'esecuzione del contratto di fornitura dei progetti "TRIESTEABILE" "AMALIA – TELEFONO SPECIALE" (del. n. 313 del 26/08/2013)</p>	<p>Report di monitoraggio sul lavoro dei gruppi aziendali di coordinamento e operativi integrati (Distretti, Comune di Trieste, DSM, DDD) dei 3 progetti/servizi (TriesteAibile, Amalia, Telefono Speciale) e verifica sulla corretta esecuzione del contratto di fornitura dei 3 servizi : TriesteAibile, Amalia, Telefono speciale. 31.12.15</p>
<p>2. Implementazione dei progetti attinenti la programmazione degli interventi socio-sanitari (PDZ obt. 7.1) Promuovere e monitorare le attività sullo sviluppo di una cultura dell'invecchiare bene, attraverso l'offerta di attività di socializzazione e sviluppo del benessere delle persone anziane previsto nell'obt. 7.1 del Piano di Zona</p>	<p>1. Organizzazione, assieme ai partner di progetto, di eventi socio-culturali nei caffè letterari in attuazione del programma Amalia</p> <p>2. Proseguimento dei progetti di attività motoria attraverso l'attivazione di gruppi che troveranno sede presso i ricreatori del Comune di Trieste e/o presso sedi distrettuali, aziendali o di partners del terzo settore</p>	<p>Dirigente SSD Servizio Infermieristico: dott. Flavio Paoletti</p>	<p>1. Almeno un evento socio-culturale realizzato 31.12.2015</p> <p>2. Almeno 5 gruppi di attività motoria</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>3. PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI Riduzione del tasso di ospedalizzazione e/o giornate di degenza</p> <p>Sperimentazione di modalità proattive mirate a prese in carico precoci a favore di assistiti ospedalizzati residenti nelle microaree distrettuali mediante un percorso strutturato</p>	<p>1. predisposizione di un sistema di raccolta dati per rilevare: bisogni - problematiche individuate - azioni svolte- monitoraggio - durante la presa in carico;</p> <p>2. Individuazione delle persone over 18 residenti nella MA del Distretto, che hanno usufruito di servizi sanitari e che necessitano di una conoscenza più approfondita</p> <p>3. valutazione delle persone individuate, previa verifica del consenso, con visita domiciliare.</p> <p>4. Segnalazione ai servizi coinvolti e presa in carico delle situazioni che vi necessitano e monitoraggio</p>	<p>SSD Servizio Infermieristico Distrettuale: Referenti MA In collaborazione con tutte le strutture distrettuali.</p>	<p>1. Entro il 30/05/2015 presenza di uno strumento di raccolta dati condiviso e utilizzo da parte di tutte le MA aziendali a partire dal 1/06/2015;</p> <p>2. Evidenza di tutte le situazioni individuate in ciascuna MA</p> <p>3. Conoscenza di almeno il 70% (dato complessivo di tutte le MA del Distretto); valutazione delle persone consenzienti, con evidenza delle situazioni che necessitano di presa in carico.</p> <p>4. Report con evidenza dei servizi e partner coinvolti e/o attivati, e azioni svolte descritte nel piano personalizzato di presa in carico con relativo monitoraggio</p>
<p>4. PAL 3.6.2.2 Applicazione del Sistema di valutazione multidimensionale Valgraf</p>	<p>Garantire la valutazione multidimensionale Valgraf di tutti i casi segnalati alla Struttura Semplice Anziani e Residenze all'ingresso nelle strutture residenziali e semiresidenziali convenzionate e nelle case albergo e dalle residenze polifunzionali non convenzionate.</p>	<p>Struttura Semplice Anziani e Residenze: Tutto il personale</p>	<p>Hanno la valutazione multidimensionale con il sistema Valgraf: 100% dei casi segnalati (con almeno 10 giorni di anticipo) all'ingresso delle strutture residenziali e semiresidenziali convenzionate e 50% dei casi segnalati (con almeno 10 giorni di anticipo) delle case albergo e delle residenze polifunzionali non convenzionate (in precedenza individuate da parte dei Distretti e dopo comunicazione alle stesse da parte della Direzione) 01/05/15 - 31/12/2015</p>
<p>5. PAL 3.6.2.4</p>	<p>Monitoraggio, verifica ed eventualmente sollecito sull'utilizzo sistematico dello</p>	<p>Struttura Semplice Anziani e Residenze:</p>	<p>Report con evidenza de delle verifiche trimestrali e le eventuali sollecitazioni (trimestrali) ai sevizi</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Sistemi informativi	strumento di VMD Val.Graf.-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio.	Tutto il personale	residenziali e semiresidenziali per anziani convenzionati del proprio territorio in merito all'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Vaf.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA. 31/12/15
6. PAL 3.3.3 Programmazione degli interventi socio-sanitari. Sviluppo di progetti nel settore delle demenze in una logica di rete integrata dell'offerta socio sanitaria.	1. Consolidamento della rete e delle modalità di presa in carico nel settore delle demenze applicando il PDTA Demenze / Deterioramento cognitivo già approvato nel 2013 (vedi prot N 54697/GEN I.1.A del 18/11/2013). 2. Avvio integrazione con AOUTS per i casi con necessità di completamento diagnostico/trattamento in ambiente ospedaliero o con indicazione alla terapia con farmaci anticolinesterasici, come da PDTA.	Dirigente S.S. Anziani e Residenze: Dott. Carlo De Vuono	Applicazione del PDTA approvato nel 100% dei nuovi casi che afferiscono al CDDD Distretto e presa in carico in integrazione con AOUTS dei casi all'az. 2. Report sintetico sui progetti individuali. 31/12/15
7. PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI Riduzione del tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco cronico (SCC) 8. Sperimentazione di una modalità di presa in carico intensiva delle persone affette da SCC.	1.1a Presa in carico precoce da parte del SID di 20 pazienti per Distretto all'atto della dimissione ospedaliera nel post ricovero per SCC, individuati mediante le comuni procedure di Continuità HT 1.1b Per ogni persona presa in carico è prevista la redazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) con durata comunemente compresa tra i 30 e i 60 giorni le cui principali finalità sono: - Monitoraggio clinico, sorveglianza intensiva (min 2 accessi per settimana); - Educazione sanitaria (dell'assistito e/o del caregiver) indirizzata al miglioramento della	Responsabile Medico S.S. Cure Ambulatoriali e Domiciliari: Tutto il personale Coord. Infermieristico: Posizione Organizzativa S.C.T.A.A	Presa in carico di almeno 20 pazienti entro 10 giorni dalla dimissione ospedaliera nel post ricovero per SCC con PAI in modalità intensiva secondo quanto descritto nelle azioni e relazione finale sui percorsi e sui sugli esiti.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>compliance terapeutica e dello stile di vita;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educazione sanitaria (dell'assistito e/o del care giver) indirizzata all'acquisizione di strumenti di automonitoraggio dei principali parametri di malattia (peso corporeo, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, ecc.); - Educazione sanitaria (dell'assistito e/o del care giver) indirizzata all'autogestione nell'impiego di diuretici in base al peso corporeo <p>1.2 Monitoraggio del numero di ricoveri relativi all'anno 2015 con diagnosi d'ingresso per SCC per gli assistiti individuati al punto 1</p>		
<p>9. PAL 3.6.2.2. Applicazione del sistema di valutazione multidimensionale Val.graf</p>	<p>Consolidamento dell'utilizzo della classificazione ICD9-CM per la codifica della diagnosi dei pazienti in carico ai Distretti e l'uso di strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale, migliorando l'implementazione dei dati sul SISSR:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Codifica con ICD9-CM e caricamento dei dati sui sistemi informativi pertinenti delle diagnosi nei pazienti con PAI presi in carico dal SID/AID dal 1/1/2015 2. Valutazione dei bisogni assistenziali, dei pazienti presi in carico dal SID dall'1/1/2015, con la scheda di valutazione Valgraf versione essenziale 2012 e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo 3. In collaborazione con SS. Anziani e Residenze, 	<p>SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari: Dirigente e personale comparto e coordinamento infermieristico. Posizione Organizzativa S.C.T.A..A. 1: personale Sid /AID 2: personale del SID 3: personale SID in collaborazione con</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Codifica ICD) presente in oltre il 100%dei pazienti presi in carico dal 1/1/2015 2. Valutazione con ValGraf presente in oltre il 90% delle prese in carico dal 1/1/2015 3. Il 100 % dei casi segnalati dalla SS Anziani e Residenze D4 con almeno 10 giorni di anticipo dall'ingresso nelle case albergo e nelle residenze polifunzionali non convenzionate individuate,

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	garantire la valutazione con scheda Val.Graf.- FVG nel 50% delle strutture non convenzionate (in precedenza individuate da parte del distretto e dopo la comunicazione delle stesse da parte della Direzione) previa segnalazione da parte delle strutture entro i 10 giorni precedenti l'ingresso dell'ospite	SS. Anziani e Residenze	hanno la valutazione multidimensionale con il sistema Valgraf 01/05/15 - 31/12/2015
10. Aumentare le competenze infermieristiche nella gestione della persona con lesioni cutanee di diversa eziologia	Applicare la scheda di monitoraggio e Applicazione dei PDTA e valutazione degli esiti valutazione degli esiti	Personale Ambulatori	Presenza della nuova scheda per le ulcere difficili almeno nel 70% dei casi nuovi accolti nel 2015 rientranti nei criteri del documento (Progetto Management Ulcere e ferite). Report di valutazione degli esiti.
11. Attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria PDZ: Obiettivo Locale 11.1, Macroazioni 11.1.1 e 11.1.2	1. Realizzazione della presa in carico integrata (SC Adulti Anziani – UOT 1) di persone con malattie cronico-degenerativa o in fase terminale e con problematiche socio-assistenziali. 2. Impiego e applicazione dei PDTA 2012 già approvati e validati (BPCO, diabete mellito e scompenso cardiaco), se indicato	SC TSAA Benazzi M.Teresa Tulliani Alessandro D'Aliesio Marco Predolin Franco Ruzzier Giorgio	Entro il 31.12.2015 Presa in carico integrata di almeno 20 soggetti affetti da patologia di durata o in fase terminale e con problematiche socio-assistenziali e progetto personalizzato. Applicazione del PDTA se i 20 soggetti hanno diagnosi principale sia rappresentata da BPCO, diabete mellito o scompenso cardiaco e presenza di documentazione in ciascun caso.
12. Miglioramento dell'appropriatezza delle richieste di visite pneumologiche domiciliari, delle indagini diagnostiche e della terapia prescritta a cura del MMG, secondo le linee guida	Effettuazione di viste pneumologiche domiciliari a soggetti affetti da BPCO o dispnea. Valutazione dell'appropriatezza delle richieste di visite pneumologiche domiciliari, delle indagini diagnostiche e della terapia prescritta a cura del MMG, secondo le linee guida	Dr Aureo Muzzi Pneumologia	Valutazione dell'appropriatezza in almeno 20 visite domiciliare a pazienti affetti da BPCO. Almeno 1 audit con i MMG per la condivisione dei criteri.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
13. Miglioramento della compliance dei farmaci broncodilatatori prescritti ai pazienti BPCO seguiti dal distretto	1. Formazione degli infermieri del SID e dell'ambulatorio specialistico 2. Controllo della compliance dei farmaci broncodilatatori ed educazione dei pazienti affetti da BPCO	1. Aureo Muzzi 2. SID ambulatorio infermieristico specialistica	1. Effettuazione di almeno un corso. 2. Controllo della compliance dei farmaci broncodilatatori ed educazione dei pazienti affetti da BPCO in almeno 20 casi domiciliari e almeno 20 casi ambulatoriali.
14. Percorso di continuità riabilitativa AAS1 AOOTS e PDTA	Revisione del protocollo di continuità riabilitativa e sperimentazione delle nuove modalità con produzione di un documento	Personale del comparto della SS Dipartimentale Riabilitazione	Tutti i pazienti segnalati dal 1 maggio 2015 dai reparti di Cl. Neurologica, Cl. Ortopedica e Divisione Ortopedica, che rientrano nel protocollo di continuità riabilitativa AOOTS AAS1, verranno valutati con le nuove modalità concordate. Documento con analisi della sperimentazione e definizione delle modifiche apportate Fonte dati: schede di continuità riabilitativa
15. Linea PAL 3.2 Prevenzione	1. Prosecuzione progetto "Muoviamoci Insieme" nel territorio del Distretto 4 2. Sperimentazione di almeno un gruppo di cammino per cittadini con patologie croniche (diabete, cardiopatie broncopatie) e/o patologie oncologiche	Personale del comparto della SS Dipartimentale Riabilitazione	1. Almeno 11 gruppi 11 gruppi di Muoviamoci Insieme presenti nel 2015 nel territorio del distretto 4 2. Almeno un gruppo di cammino attivato entro il 31/12/2015
16. Linea PAL 3.3.3 Programmazione degli interventi socio-sanitari (PdZ 6.1)	Adozione del fascicolo biopsicosociale ispirato alla classificazione ICF (modificata Vilma-FABEr) nei pazienti con gravi disabilità che frequentano i centri diurni	Personale dirigente delle SS Dipartimentali Riabilitazione Distrettuale	Valutazione di almeno 10 persone che frequentano i centri diurni con fascicolo biopsicosociale compilato presente in cartella clinica
17. Linea PAL 3.4.3. Programmazione degli interventi socio-sanitari	Attuazione di quanto previsto nel "Documento di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale" in collaborazione con i Consulitori	Tutto il personale SS Diabetologia	Presenza in carico, presso il Centro Diabetologico del 100% delle pazienti con diabete gestazionale segnalate secondo il "Documento di

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Obiettivo aziendale: Nel corso del 2015 si implementeranno i percorsi assistenziali sul diabete in gravidanza.</p>	<p>e la Struttura di Ginecologia ed Ostetricia del Burlo</p>		<p>indirizzo per la gestione del diabete gestazionale” redatto nel 2014 Report del numero di donne segnalate e prese in carico</p>
<p>18. LINEA PAL 3.5 Prevenzione sul tema del diabete e degli stili di vita sani Obiettivo aziendale: Nel corso del 2015 si implementeranno, con il coinvolgimento delle farmacie aperte al pubblico e con il contributo dei sanitari interessati, le attività stabilite dal Piano della Prevenzione sul tema del diabete e degli stili di vita sani (Progetto “Misura la Tua Vita”).</p>	<p>Garantire il necessario supporto alla formazione dei farmacisti delle farmacie aperte al pubblico affinché possano sensibilizzare e trasferire correttamente agli utenti i migliori suggerimenti per preservare la salute di ciascuno, ovvero modificare gli stili di vita potenzialmente rischiosi tramite:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Organizzazione di un Corso di formazione (con almeno 2 incontri) rivolto ai farmacisti delle farmacie aperte al pubblico sul tema del diabete e degli stili di vita sani, 2. Organizzazione di Corso di Formazione (almeno 2 incontri) per i volontari dell’Associazione Nuova Assodiabetici di Trieste con il coinvolgimento dell’ Urp 3. Organizzazione di incontri tra SS Centro diabetologico, Urp e Nuova Assodiabetici di Trieste al fine di pervenire alla creazione di un opuscolo informativo divulgativo sul tema del diabete e degli stili di vita sani 	<p>Tutto il personale SS Diabetologia</p>	<p>Entro il 31 dicembre 2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Almeno 2 corsi di formazione per i farmacisti - Almeno un corso di formazione per i Volontari della Nuova Assodiabetici di Trieste - Almeno un opuscolo informativo divulgativo sul tema del diabete e degli stili di vita sani - condiviso tra SS Centro diabetologico, Urp e Nuova Assodiabetici di Trieste.
<p>19. Linea PAL 3.5.9 Promuovere l’appropriatezza prescrittiva dei prodotti AFIR con particolare riferimento ai limiti</p>	<p>Monitoraggio dell’appropriatezza delle prescrizioni di strisce per l’autocontrollo della glicemia (“Test Glicemia” - 7AB1B01), con riferimento alle classi di prescrizione stabilite dagli Standard Italiani per la Cura del Diabete</p>	<p>Resp. SS Diabetologia Distretto4 (Dott.ssa Elisabetta Caroli) In collaborazione con</p>	<p>Monitorare l’appropriatezza delle prescrizioni di strisce per l’autocontrollo della glicemia nei MMG. Almeno due audit aziendali con i prescrittori.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici	Mellito, con produzione di due report, entro giugno e dicembre 2015. Effettuazione nel corso dell'anno di due incontri di confronto/audit con i prescrittori.	Gruppo di Lavoro Dipartimentale di Epidemiologia e SS Vigilanza Erogazione dell' Assistenza Farmaceutica	
20. PAL 2015 3.6.3 Minori Dalle "linee di gestione per SSN anno 2015" 3.6.3 Minori Legge n.184/1983 e s.m.i. Adozione	Definizione di un percorso integrato di assistenza, ridefinendo in modo omogeneo gli aspetti metodologici e organizzativi nei 4 distretti e che comprenda tutte le funzioni di competenza dei CCFF: informazione/formazione, valutazione, tutela, sostegno psico-sociale nelle varie fasi del percorso adottivo, integrandosi con le associazioni presenti sul territorio	Responsabile SS Consultorio familiare: dr.ssa Carraro	Documento condiviso del percorso integrato di cure e assistenza inviata alla Direzione di Distretto 31.12.2015
21. PAL 2015 3.4.4. Materno- infantile 3.3.3. Percorso nascita Mantenimento dell'allattamento al seno esclusivo dopo la dimissione dalla maternità (Passo 4 e 5- standard BFCI)	1. Costruzione di una scheda personalizzata di raccolta delle informazioni cliniche da utilizzare nell'accoglienza Mamma Bambino da usare nelle SCBADO F 2. Rilevazione incidenza delle patologie del seno correlate all'allattamento nelle donne consenzienti che accedono ai servizi della SCBADO F per l'Accoglienza mamma-bambino dopo la dimissione dall'ospedale	Personale della SCBADO F	100% utilizzo della scheda elaborata e rilevazione del carico di patologia dal 1/10/2015 al 31/12/2015
22. PAL LINEA 3.2. 7" Benessere mentale dei bambini, adolescenti e giovani Obiettivo interdistrettuale "Meglio Sapere Tutto" promozione dei comportamenti protettivi nella	1. Partecipazione al gruppo di progetto da parte del personale del CF 2. Realizzare la formazione dei peer educator 3. Realizzare la formazione degli insegnanti delle	Personale della SS Consultorio familiare	Completamento della formazione dei gruppi Peer Educator (Junior): - Formazione degli operatori e degli insegnanti delle scuole partecipanti sulle tematiche di interesse del progetto - Almeno 2 interventi rivolti a gruppi a rischio con elaborazione di un set di strumenti orientati.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
sfera delle relazioni affettive e sessuali: prevenire le MST, l'uso di sostanze ed altri comportamenti a rischio attraverso la metodologia della Peer Education	scuole aderenti al progetto 4. Co-progettare con agenzie del territorio (privato sociale, enti di formazione professionale, ecc) interventi rivolti a gruppi di adolescenti a rischio coinvolgendo direttamente gli adulti di riferimento		31.12.2015
23. Prevenzione delle malattie infettive e politiche vaccinali Attuazione del programma vaccinale- mantenimento o miglioramento dei tassi di copertura raggiunti nel 2014. Tassi di riferimento aziendali 2014: 3 dosi esavalente: 91,1% 1 dose MMR: 83% antiVaricella: 37,6%	1. 1. 2. Partecipazione con propri operatori alla stesura di un progetto di formazione/ comunicazione integrato (Dipartimento, Distretti, PLS e MMG e altri stakeholders istituzionali) 2. Mantenimento dell'informazione sulle vaccinazioni all'utenza che accede al Percorso Nascita distrettuale (Corsi di accompagnamento alla nascita post parto)	Operatori SCBADOF	1. Almeno una iniziativa condivisa dip- distretto di formazione/ informazione/ sensibilizzazione 2. Informazione sulle vaccinazioni a tutti i gruppi post parto dei Corsi di accompagnamento alla nascita (n. incontri/n. gruppi=100%)
24. PAL 2015 Linea 3.3.3 salute mentale Avvio di una rete territoriale di salute mentale per l'età evolutiva : diagnosi e presa in carico tempestiva degli esordi psicotici e riconoscimento precoce delle situazioni di fragilità.	1. Valutazione – secondo il protocollo in essere – di tutti i nuovi soggetti 15-25 anni consenzienti che richiedono aiuto psicologico alla SC BADoF per identificare gli stati mentali ad alto rischio di esordio di disturbo mentale severo e le situazioni di fragilità. 2. Segnalazione al CSM/NPI di competenza per valutazione integrata dei soggetti risultati positivi alla valutazione distrettuale secondo la procedura definita dal protocollo. 3. Mantenimento del registro specifico per la fascia di età 15- 25, analisi dei dati e dei	1,2. Tutti i dirigenti della SC BADoF 3. Responsabile della SSTSBA	1. Tutti i nuovi soggetti nella fascia d'età 15-25 anni che richiedono aiuto psicologico alla SC BADoF hanno una prima valutazione. 2. Tutti i soggetti risultati positivi alla valutazione vengono segnalati al CSM/NPI 3. Compilazione completa del registro casi Analisi dei dati e dei percorsi sui casi incidenti

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	percorsi sui casi incidenti e realizzazione di report (nuovi casi 2015)		
<p>25. PAL 2015 3.3.3. Programmazione degli interventi socio-sanitari . Avvio della rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva. PAA 2015 6.2 Disabilità minori d'età (sfera autistica, ritardo mentale grave, pluridisabilità). 6.3 Migliorare l'attività valutativa e progettuale dell'Equipe Multidisciplinare per l'Handicap ai fini dell'attivazione degli interventi di sostegno scolastico ed extrascolastico in favore di bambini e adolescenti con disabilità (LR 41/96, art.6, comma1,lett. A e B</p>	<p>1. Definizione di una modalità (griglia) condivisa tra i 4 distretti per la raccolta dei dati relativi ai minori con disabilità in carico ai servizi dell'AAS1. 2. Analisi dei dati e relazione finale</p>	<p>Responsabile della SSTSBA</p>	<p>Entro 30/09/2015 definizione modalità condivisa. Analisi dei dati entro 31/12/2015</p>
<p>26. PAL 2015 3.3.3. Programmazione degli interventi socio-sanitari . Avvio della rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva. Diagnosi precoce e presa in carico tempestiva dei ritardi e disturbi dello sviluppo nelle prime età della vita. Ob 1 Messa a regime del percorso diagnostico terapeutico e riabilitativo sui disturbi dello</p>	<p>1. Presa in carico dei bambini inviati dall'IRCCS Burlo Garofolo con diagnosi o rischio di autismo secondo il protocollo, previo consenso dei genitori. 2. Elaborazione del PDTA concordato con IRCCS Burlo Garofalo, evidenziando i punti su cui è necessario intervenire prioritariamente (formazione risorse appalti accordi)</p>	<p>Tutto il personale della SSTSBA dott.ssa Sara Frisari dott.ssa Linda Puzzer</p>	<p>Definizione del PDTA concordato con IRCCS Burlo e inviato alla direzione strategica entro il 31/12/2015</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
spettro autistico per la fascia d'età fino a 48 mesi.			
27. PAL 2015 3.2.7 Benessere mentale dei bambini, adolescenti e giovani. Realizzazione di interventi riabilitativi per i minori e giovani in carico ai servizi sanitari. PAA 2015 5.1 Promuovere la permanenza dei minori in famiglia.	Realizzazione di incontri di gruppo con minori che presentano disturbi del comportamento e di incontri di sostegno alla genitorialità presso il servizio, anche in un'ottica di empowerment e di auto aiuto dell'utenza rivolti a genitori.	dott.ssa Stefania Zoia	Realizzare presso il servizio almeno 10 incontri di gruppo con i minori e almeno 3 incontri con i genitori entro il 31/12/2015. Relazione finale
28. PAL 2015 3.3.3. Avvio della rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva. PAA 2015 6.2 Disabilità minori d'età (sfera autistica, ritardo mentale grave, pluridisabilità). 6.3 Migliorare l'attività valutativa e progettuale dell'Equipe Multidisciplinare per l'Handicap.	1. Miglioramento della presa in carico dei minori con handicap nella AAS.1 attraverso l'analisi di casi nella fascia d'età 0-6 anni e con handicap grave in età scolare. 2. Verifica applicazione Linee Guida della Riabilitazione Infantile. 3. Rilievo criticità nell'applicazione dei PDTA. 4. Proposte per il superamento delle criticità. 5. Avvio del registro minori con disabilità in carico ai servizi dell'AAS1 con l'inserimento dei dati.	dott.ssa Cristina Rumer	Report entro 31/12/2015 su azioni 1-5 svolte: l'analisi di almeno 10 casi nella fascia d'età 0-6 anni e di almeno 20 casi con handicap grave in età scolare.
29. Assicurare uniforme interpretazione e conseguente uniforme applicazione della normativa relativa all'iscrizione volontaria dei cittadini comunitari al S.S.R.	1. Definizione di una procedura univoca entro il 31.05.15 2. Monitorare e verificare almeno il 90% delle iscrizioni volontarie dei cittadini comunitari al S.S.R 3.	Tutto il personale amministrativo del Distretto 4	1. Procedura presente entro il 31.05.15 2,3. Il 100% delle iscrizioni monitorate sono effettuate in base alla procedura univoca. 31.12.2015 Fonte: report delle iscrizioni volontarie dei

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Apporre eventuali correttivi, in particolare sulle iscrizioni precedenti al 31.05.15	In condivisione con D1, D2 e D3	cittadini comunitari del 2015 (documentazione in sede)
30. Uniformare le procedure relative ai pagamenti delle prestazioni ADI, ADP, ARP, PPIP, Libretti e Bilanci di salute, richiesti dai MMG e PLS, al fine di evitare ritardi e pagamenti impropri	1. Predisposizione di schemi base univoci per tutti i distretti per la liquidazione e conseguente inoltro ai MMG e PLS (entro il 30.09.15) 2. Predisposizione ed invio di note di contestazione e/o di richiesta di chiarimenti, con fissazione di un termine finale (entro il 31.12.15)	Tutto il personale amministrativo del Distretto 4 In condivisione con D1, D2 e D3	1. Gli schemi base per la liquidazione sono predisposti ed inviati ai MMG e PLS entro il 30.09.15 2. Entro il 31.12.15 sono inviate note di contestazione e/o richiesta di chiarimenti, in tutti i casi emersi Fonte: report che evidenzia le contestazioni/chiarimenti predisposte/i
31. Assicurare uniforme interpretazione e conseguente uniforme applicazione delle modalità di rimborso dei contributi giornalieri relativi alle cure climatiche/termali e dei soggiorni terapeutici, in relazione alle modalità di erogazione dei contributi definiti dalle specifiche normative regionali	1. Analisi della normativa in materia 2. Estrapolazione delle disposizioni che potrebbero dar luogo ad interpretazioni plurime 3. Definizione univoca delle disposizioni prese in esame e stesura della procedura	Tutto il personale amministrativo del Distretto 4	Il 100% dei rimborsi è effettuato in base alle disposizioni prese in esame e della relativa procedura. Entro il 31.12.2015 Fonte: presenza di report che evidenzia l'applicazione della procedura
32. Allineamento della contabilizzazione fino all'anno precedente (a miglioramento delle precedenti gestioni contabili) delle pratiche relative alle prestazioni erogate, agli iscritti AIRE e ai possessori di codice STP, ai fini dell'ottenimento del finanziamento da parte del Ministero della Salute	1. Individuazione delle pratiche interessate suddivise per AIRE e STP e per annualità (2012, 2013 e 2014). 2. Tariffazione delle prestazioni erogate (ove prevista) 3. Contabilizzazione degli importi (per filone normativo, anno di riferimento, Ente erogante)	Tutto il personale incardinato nell'Ufficio Convenzioni Internazionali	Azioni dal n. 1.1 al n. 1.4: da concludersi entro il 30.11.2015 per il 95% tutte le pratiche in giacenza (documentazione agli atti). Azione n. 1.5: entro il 31.12.2015.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	4. Predisposizione elenchi riassuntivi 5. Trasmissione degli elenchi alla DCSISSPL con mail inviata dal competente ufficio.		
33. Evitare il non riconoscimento di eventuali crediti dovuti a ritardi di fatturazione mediante l'utilizzo della piattaforma ASPE. (PAL LINEA 6.3.3)	Utilizzo gestionale ASPE per la mobilità sanitaria internazionale attiva (crediti) con particolare riferimento alla fatturazioni c.d. ex forfait. Riassumibile in: - assunzione dei costi previa verifica; - fatturazione; - inserimento della fatture nel sistema SIASI; - caricamento dei relativi file prodotti da INSIEL nell'applicativo ministeriale ASPE; Rispetto dei termini previsti dal Ministero della Salute mediante le successive indicazioni operative regionali in prossimità delle scadenze (20.5.2015: I semestre 2014 e tutto il 2014 per l'ex forfait; 20.11.2015: II semestre 2014 ed eventuali ex forfait extra regione).	Tutto il personale incardinato nell'Ufficio Convenzioni Internazionali	Completamento delle azioni nel modo seguente: Per il I semestre 2014 e per gli ex forfait del 2014: entro il 20.5.2015 (salvo diverse e successive proroghe indicate dalla Regione); Per il II semestre 2014 ed eventuali ex forfait extra regione entro il 20.11.2015 (salvo diverse e successive proroghe indicate dalla Regione). Fonte dati: stampa della ricevuta di avvenuto caricamento dei file dall'applicativo ministeriale ASPE
34. Aggiornamento dati e verifica condizioni di vita dei soggetti trapiantati renali residenti nei 4 Distretti Sanitari	Riesaminare la situazione familiare/sociale/ambientale dei soggetti trapiantati renali residenti nei 4 Distretti Sanitari (dato 2014: 125)	Ass.soc. Dott.ssa Gianna Fedola	Aggiornamento elenco e schede sociali tutti i soggetti trapiantati renali
35. Verificare qualità e costi del nuovo servizio trasporto dializzati con pulmini ,assegnato con gara d'appalto dal CSC al Consorzio Fhocus	Raccogliere ed esaminare i dati relativi alle prestazioni effettuate , l'organizzazione e la qualità dei trasporti effettuati	Ass.soc. dott.ssa Gianna Fedola	Relazione al Direttore di Distretto

OBIETTIVI TRASVERSALI – TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
A. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, con cadenza periodica.	Effettuare il monitoraggio semestrale ed annuale dei termini dei procedimenti di competenza rientranti nel PTPC, con l'obbligo di segnalare eventuali scostamenti o anomalie riscontrate, da inviare ai fini della pubblicazione al Responsabile della Trasparenza	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del report al Responsabile della Trasparenza ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro il 15 gennaio dell'anno
B. Valutazione delle modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi di competenza a maggiore rischio di corruzione.	Formulazione di una proposta operativa ai fini dell'applicazione del principio della rotazione periodica del responsabile del procedimento, tenuto conto della necessità di garantire la continuità delle attività della struttura e temperando l'esigenza, ove riscontrata, dell'impiego delle competenze e delle specializzazioni acquisite.	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del documento di analisi e proposta alla Direzione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 30.11.2015 .

MACRO ATTIVITA'	ATTIVITA'/PROCESSO	S.O. / S.C. / S.S.
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera A	1. autorizzazioni/concessioni 2. certificazioni 3. sopralluoghi/ispezioni 4. autorizzazione incarichi ex art. 53 D.Lgs 165/2001 s.m.i.	1. Dipartimento di Prevenzione 2. Dipartimento di Prevenzione 3. Dipartimento di Prevenzione/SC Assistenza Farmaceutica 4. SC Gevap
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera B	1. affidamento lavori, servizi, forniture ex D.Lgs 163/2006 s.m.i., proroga dei contratti 2. affidamento lavori, servizi, forniture ex L. 109/94 s.m.i., proroga dei contratti 3. affidamento incarichi consulenza legale/difesa in giudizio, proroga dei contratti	1. SC Programmazione e Controllo Acquisti 2. SC Immobili e Impianti 3. SC Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera C	1. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici/privati 2. rimborso erogazione farmaci	1. DSM/DDD/DIP/Distretti/strutture di direzione amministrativa/strutture di direzione sanitaria/strutture di direzione strategica 2. SC Assistenza Farmaceutica
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera D	1. Concorsi pubblici per personale a tempo indeterminato/determinato 2. Conferimento incarichi esterni ex art. 7, c. 6 D.Lgs 165/2001 s.m.i., ex art. 15 octies D.Lgs 502/92 s.m.i. 3. Conferimento incarichi di docenza ad esterni 4. Reclutamento personale convenzionato (MMG/PLS/EST/SA)	1. SC Gevap 2. SC Gevap 3. SC Gevap 4. SS Gestione delle convenzioni di medicina generale e specialistica

Dipartimento di Salute Mentale

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./Personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
<p>1. Consolidare il lavoro organizzato in sottoequipe territoriali per la continuità terapeutica e il lavoro territoriale.</p>	<p>1.1. Aggiornare l'assegnazione del personale dei sottogruppi.</p> <p>1.2. In ogni sotto-equipe territoriale Individuare: team leader, case manager e relativo personale di supporto, ove opportuno.</p> <p>1.3. Rivalutazione degli elenchi delle Persone ad Alta Priorità alla luce dei criteri concordati.</p> <p>1.4. Aggiornare i programmi terapeutico riabilitativi con la definizione della scansione temporale degli interventi (almeno 1 al mese per operatore e per persona) per garantire la continuità terapeutica e la valutazione di esito.</p> <p>1.5. Analisi organizzativa del lavoro in sotto equipe territoriali.</p> <p>1.6. Il personale del SPDC segnala al Case Manager e/o al team work eventuali contatti con il SPDC da parte delle Persone ad Alta priorità.</p> <p>1.7. Il personale del SPDC e delle 4 SC CSM definisce</p>	<p>1.1-5 Coordinamento DSM Bicego L., Bracco R. CSM Barcola Mezzina R. Ceppi P. CSM Maddalena Impagnatiello M. Ceppi P. CSM Domio Ridente P. Brandolin C. CSM via Gambini Pascolo Fabrici E. Babich D. Personale dei CSM Direzione DSM Sanguanini L</p> <p>1.6-7 Coordinamento Capodieci B. Del Gaiso S. Personale della SC SPDC</p>	<p>1.1. - 1.2. Invio presso la direzione del DSM dell'elenco aggiornato di: team leader, personale delle sotto equipe territoriali, case manager, personale di supporto, se opportuno, e peer support.</p> <p>1.3. Almeno 8% dell'utenza 2014 secondo i criteri concordati CSM D1 = almeno 70 persone CSM D2 = almeno 81 persone CSM D3 = almeno 98 persone CSM D4 = almeno 81 persone 30/06/2015</p> <p>1.4. Almeno il 50% dei programmi terapeutico riabilitativi aggiornati. Almeno il 60% degli interventi erogati alle Persone ad Alta priorità sono svolti dal team di riferimento.</p> <p>1.5. Report finale, a cura del team leader, sull'attività svolta nelle due sotto equipe territoriali presenti in ognuno dei 4 CSM (8 report, 2 per sottozona).</p> <p>1.6. – 1.7. Nel 2° semestre Invio alla Direzione del DSM di report bimestrali sui contatti delle Persone ad Alta Priorità con il SPDC e sui programmi condivisi messi a punto (31/08/2015, 31/10/2015, 31/12/2015)</p>

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./Personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
	un progetto condiviso in caso di una permanenza superiore alle 24 ore.		31/12/2015
2. Accoglienza nelle 4 SC CSM e continuità terapeutica / lavoro territoriale in sotto equipe	2.1. Le SC CSM uniformano le modalità organizzative per l'accoglienza della domanda. 2.2. Sperimentazione dell'integrazione della continuità terapeutica all'interno delle modalità organizzative di accoglienza con la presenza di 2 referenti (1 operatore del comparto ed almeno 1 dirigente) che garantiscono il lavoro territoriale.	Coordinamento DSM Bicego L. CSM Barcola Mezzina R., Ceppi P. CSM Maddalena Impagnatiello M., Ceppi P. CSM Domio Ridente P., Brandolin C. CSM via Gambini Pascolo Fabrici E., Babich D.	Resoconto sulle modalità organizzative di accoglienza della domanda con evidenza del valore indice generato dal rapporto tra giorni feriali (lunedì – venerdì) con l'attivazione del lavoro territoriale in sotto zone e giorni feriali complessivi nel corso del 2° semestre 2015 (127 giornate) stratificato per SC CSM.
3. Avvio del processo di attivazione della Recovery House per lo sviluppo del programma "Whole Life Recovery Community"	3.1. Identificazione del gruppo di utenti dei servizi di salute mentale, operatori e famigliari impegnati nel programma. 3.2. Provvedere ad una formazione del gruppo fondata sui principi del "Whole Life Recovery Approach". 3.3. Preparare il gruppo a prendere parte al programma ed offrire continuo supporto e supervisione a tutti i partecipanti del programma. 3.4. Continuità terapeutica garantita anche quando le persone a seguito del loro percorso di guarigione lasciano la recovery house. 3.5. Stabilire una metodologia per la valutazione del programma	Coordinamento DSM Baldi C. SAR Furlan M., Marin MC CSM Barcola Rossi M., Stanic S., Strain R. CSM Maddalena Gabrieli G., Impagnatiello M. CSM Domio Brandolin C., Carmignani M. De Beden G., Grassi E., Lusina A., Pasquazzo G., Ridente P. CSM Gambini Cariello E., Battiston C.	3.1. - 3.2. n. 1 evento formativo 30/04/2015 3.3. Almeno 6 supervisioni (2° semestre 2015, cadenza mensile) all'avvio del programma nella Recovery House 31/12/2015 3.4. Almeno 9 persone entrate nel progetto Almeno 3 persone dimesse alla conclusione del progetto individuale con un piano congiunto e concordato. 31/12/2015 3.5. Indicatori qualitativi per la valutazione degli esiti del programma. 31/12/2015

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./Personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
<p>4. Promuovere percorsi attivi di cittadinanza e protagonismo: 4.1. Centro Diurno di Aurisina</p> <p>4.2. Accoglienza di genere in Via Genova</p> <p>4.3. Comitato di Partecipazione</p>	<p>4.1.1. Estensione delle attività abilitative e di socializzazione nei pomeriggi e nei fine settimana</p> <p>4.1.2. Promozione di eventi finalizzati all'aggregazione socializzazione e inclusione</p> <p>4.2.1. Attivazione della rete di sostegno tra donne valorizzando le risorse di aggregazione del gruppo per un'accoglienza (sulle 24 ore) rapida e finalizzata a detendere la situazione di precisi.</p> <p>4.3.1. Viene attivato il Comitato di Partecipazione che raccoglie le rappresentanze dell'utenza e dei familiari, delle realtà del volontariato attive nel territorio e del personale del DSM stesso.</p> <p>4.3.2 Programmazione di un'azione rivolta alla comunità in ogni CSM in eventuale collegamento con le Microaree.</p>	<p>4.1 Coordinamento DSM Baldi C. Personale SAR</p> <p>4.2 Coordinamento DSM Ridente P. Botter V. SAR Barnabà M. Stavro A. Faoro F Direzione DSM Bracco R., CSM Barcola Bocchi L., Calamita T., Pagliano A. CSM Maddalena Petrincich M. CSM Domio Brandolin C., Farneti MC., Samar D. CSM Gambini Campobasso R., Mazzoni A.</p> <p>4.3 CSM Barcola Mezzina R. CSM Maddalena Impagnatiello M. CSM Domio Ridente P. CSM Gambini Pascolo Fabrici E.</p>	<p>4.1.1. Almeno 5 attività gruppali svolte in orario pomeridiano Almeno 16 iniziative realizzate nel fine settimana</p> <p>4.1.2 Almeno 1 evento rivolto alla comunità promosso dal Centro Diurno Diffuso nel comune di Duino Aurisina Almeno 1 evento rivolto alla comunità nel Comprensorio di San Giovanni</p> <p>4.2. Almeno 2 persone nell'anno accolte sulle 24 ore con la procedura attivata entro 2 giorni dalla segnalazione 31/12/2015</p> <p>4.3.1. Almeno 1 incontro nel corso del 2° semestre 2015</p> <p>4.3.2. Almeno 1 evento promosso dal CSM 31/12/2015</p>
5.	5.1.	Coordinamento DSM	Almeno 8 famiglie partecipanti (2 per Sc CSM)

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./Personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
Miglioramento dei programmi rivolti alle famiglie	<p>Percorso formativo, a livello dipartimentale, rivolto agli operatori (4 incontri) 5.2.</p> <p>Successivi lavori di gruppo multifamiliare (4 incontri) con la presenza dei congiunti che stanno vivendo l'esperienza del disturbo psichico e del personale dedicato.</p>	<p>Zolli P. CSM Barcola Bronzin L., Grassi E., Pinto P., Rausa A, Sartorio E. CSM Maddalena Canciani R., Corsi E., Domenighini S., Zacchigna D. Zolli P. CSM Domio Calligaris D., Farneti C., Skerlic G. CSM Gambini Campobasso R., Cariello E., Chiarandà C., Landucci S.</p>	<p>al percorso formativo Almeno 8 persone in contatto con i CSM partecipano agli incontri misti Restituzione in CTC dell'esito del percorso formativo. Relazione finale</p> <p>31/12/2015</p>
6. Miglioramento della sicurezza dei trattamenti con farmaci antipsicotici	<p>6.1. Ad un mese dall'inizio del primo trattamento con antipsicotici si procede alla valutazione del rischio di obesità, malattie cardiovascolari e diabete tramite:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indice di massa corporea (BMI) e/o misurazione della circonferenza- vita 2. Tasso di glucosio nel sangue 3. Profilo lipidico 4. Pressione sanguigna 5. Eventuale condizione di fumatore 6. Storia familiare <p>6.2. Condivisione dei risultati tra i professionisti coinvolti nel processo di cura (MMG e specialisti del CSM).</p>	<p>Coordinamento DSM Carmignani M. Brandolin C. Medici psichiatri dei CSM</p>	<p>Almeno 40 persone che iniziano il primo trattamento con antipsicotici (almeno 10 per Centro di Salute Mentale, almeno 3 per medico psichiatra) Almeno 40 valutazioni del rischio per i 6 indicatori elencati Almeno 40 comunicazioni inviate al MMG</p> <p>Fonte Ogni medico psichiatra invia presso la direzione i nominativi delle persone valutate. Presenza della documentazione relativa alla valutazione del rischio e al contatto con il MMG nella cartella Documenti di pSM nel campione di 40 persone al primo trattamento. 31/12/2015</p>

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./Personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
<p>7. Programma “Mens sana in corpore sano”</p>	<p>7.1. Con speciale riguardo alle fasce più vulnerabili promozione di corretti stili di vita (attività fisica e corretta alimentazione) per la riduzione del carico prevenibile ed evitabile delle malattie croniche non trasmissibili e la prevenzione dell’obesità.</p> <p>7.2. Individuazione dei referenti dei servizi di salute mentale territoriali per la promozione della partecipazione alle attività relative al benessere fisico.</p> <p>7.3. Promozione di percorsi relativi al benessere fisico (palestra, attività sportive, passeggiate, massaggi, settimane benessere) con associazioni convenzionate.</p>	<p>Coordinamento DSM Impagnatiello M., Zolli P. CSM Barcola Rossi M., Strain R. CSM Maddalena Cernecca E., Sindici C. CSM Domio Lusina A. CSM Gambini Battiston C., Chiarandà C. La Terra Maggiore</p> <p>7.3 Coordinamento SAR Asquino M., Canova C., Furlan M., Lumbau F.</p>	<p>7.1. 10 incontri (2 per SC) rivolti alle persone con terapia antipsicotica ed al personale delle 4 SC CSM e del SAR dedicati alla prevenzione dei disturbi cardiovascolari e del diabete grazie a corretti stili di vita.</p> <p>7.2. 80 persone in contatto con i CSM partecipano alle attività finalizzate al benessere fisico (20 per CSM) Indicatore – Fonte: Attività del gruppo “Mens sana in corpore sano” registrata su pSM 31/12/2015</p> <p>7.3. Report sulle attività di gruppo attivate Indicatore – Fonte: Attività dei gruppi registrata su pSM 31/12/2015</p>
<p>8. Presidio di salute mentale presso la Casa Circondariale di Trieste</p>	<p>8.1. Definizione e rafforzamento del presidio in carcere attraverso la presenza programmata, almeno una volta alla settimana, del personale CSM designato, per la rivalutazione delle persone in contatto con il CSM e carcerate.</p> <p>8.2. Attivazione di pSM di una linea di lavoro “Valutazione in carcere” per la registrazione dell’attività clinica svolta in carcere a favore delle persone NON prese in carico dalle SC CSM.</p> <p>8.3. Percorso congiunto di formazione sul campo tra personale del DSM, DD e personale che opera</p>	<p>Coordinamento DSM Oretti A., Babich D. CSM Barcola Cella L., Clarot A., Peressutti P., Ruzzier P., Santoro F., Stanic S. CSM Maddalena Barberio A., Botter V., Buzzoni N., Buzzurro G., Eva G., Magliacca G., Mörtl E., Muggia I., Tensi L., Zolli P. CSM Domio Calligaris D., Carmignani M. Oretti A., Bertoni S.,</p>	<p>8.1. Almeno 20 persone già in contatto con il CSM o prese in carico successivamente alla carcerazione e per le quali è stata garantita la continuità terapeutica richiesta (1 visita settimanale). 2014 = 21 persone per 108 interventi</p> <p>8.2. Linea di lavoro attivata</p> <p>8.3. n. 1 percorso di formazione sul campo (marzo - dicembre)</p>

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./Personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
	<p>nella Casa Circondariale di Trieste.</p> <p>8.4. Attività di formazione rivolta alle FF.OO. per la gestione delle emergenze psichiatriche.</p> <p>8.5. Attivazione di un percorso formativo rivolto al personale, anche nuovo assunto, che sarà operativo nella REMS (Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza). Vedi Azione 10.3</p>	<p>Depaulis G., CSM Via Gambini Goljascek S., Ripa A., Babich D., Frattini L., Marcellini M. Maccocci B., Sau. R. SPDC Capodiceci B. SAR Barnabà M. Direzione DSM Bracco R., Brugnera P., Cecchini P., Rondi M., Sanguanini L., Speh D.</p>	<p>8.4. n. 1 evento formativo realizzato</p> <p>8.5. n. 1 evento formativo realizzato</p> <p>31/12/2015</p>
<p>9. Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziali. Attivazione della Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza di Aurisina.</p>	<p>9.1. Individuazione e/o acquisizione del personale sanitario e tecnico dedicato alla funzione di superamento dell'OPG.</p> <p>9.2. Attivazione del percorso formativo per il personale di nuova acquisizione coinvolto nel programma.</p> <p>9.3. Nell'ambito di un percorso formativo dedicato al personale coinvolto nel programma si approfondiscono: aspetti giuridici e legislativi, informazione sull'organizzazione del DSM e delle REMS, nozioni di psicopatologia, trattamenti terapeutici e abilitativi, gestione della crisi e dei comportamenti a rischio.</p> <p>9.4. Organizzazione del lavoro fondata sul governo clinico con la presenza di procedure scritte di consenso professionale e valutazione clinico -</p>	<p>Coordinamento DSM Mezzina R. Bicego L. Direzione DSM Cecchini P. Rondi M. Speh D.</p>	<p>9.1-9.3 All'equipe multi professionale definita: - 1 evento formativo e 1 giornata di formazione teorico-pratica per l'acquisizione di competenze nell'utilizzo di pSM rivolti alle nuove acquisizioni di personale - 1 evento formativo e 1 percorso FSC al personale coinvolto</p> <p>9.4 - Job description. - Criteri per il monitoraggio e la valutazione periodica dei trattamenti terapeutico riabilitativi. - Gestione delle emergenze/ urgenze - Elaborazione del PTRI per ciascun ospite e di concerto con CSM competente - Modalità di raccordo con il Distretto sanitario e con gli altri servizi del DSM, dipendenze, enti locali, cooperative sociali, associazioni ecc. per programmare le</p>

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./Personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
	organizzativa dell'assetto della REMS e del coordinamento con il CSM competente.		attività di recupero e di inclusione sociale. – Modalità di attivazione delle Forze dell'Ordine nelle situazioni di emergenza. 31/12/2015
10. Implementazione dell'integrazione sociosanitaria per la presa in carico delle persone con i Disturbi del Comportamento Alimentare	10.1. Rafforzamento degli interventi multidisciplinari 10.2. Rafforzamento della collaborazione con la componente ospedaliera.	Coordinamento DSM Cannata G., Riolo A., Mezzina R. CSM Barcola Peressutti P. CSM Maddalena Barberio A., Botter V. CSM Domio Riolo A., Tirone G. CSM Gambini Landucci S.	10.1. 15% degli Interventi sono multidisciplinari 2014 = 101 Interventi multidisciplinari su 999 interventi totali pari al 10% 10.2. Formalizzare alla Direzione Strategica un documento di sintesi per la gestione degli aspetti internistici delle persone prese in carico con DCA. 31/12/2015
11. Progetto di prevenzione ed intervento precoce "Qualcosa è cambiato"	11.1. Percorsi di valutazione integrata e presa in carico congiunta nei nuovi casi nella fascia d'età 15 - 25. 11.2. Partecipazione alle attività di promozione alla salute e di recovery concordate con il relativo progetto distrettuale. 11.3. Campagna di comunicazione sociale rivolta alla cittadinanza, in particolare ai tardo adolescenti e giovani adulti, per il riconoscimento precoce dei sintomi prodromici dei disturbi psichici e le informazioni relative alle risposte offerte dai servizi sociosanitari	Coordinamento DSM Mezzina R. CSM Barcola Rausa A., Germano C. Goffredo. M. CSM Maddalena Berna G., Barnafi S., Colomban S., Lo Nigro G. Mortl E., Tensi L. CSM Domio Calligaris D., Giust T. CSM Gambini Colucci M., Landucci S. Rippa A., Battiston C. Tomei M. Punto di Accoglienza DCA Cannata G., SAR	11.1. Almeno 20 persone (5 per distretto) valutate congiuntamente con il distretto e/o con il Ser.T. e/o su invio del CSM per stati mentali a rischio o esordio 11.2. Relazione dei referenti delle 4 SC CSM relative alla partecipazione alle attività gruppali promosse 11.3. Almeno 4 incontri con gruppi omogenei (es.: insegnanti, giornalisti, associazioni) per la diffusione dell'opuscolo.

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./Personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
		Baldi C. SPDC Capodieci B.	
12. Miglioramento del lavoro integrato con il DDD per le persone che presentano situazioni di comorbidità.	12.1. Definire gli strumenti di lavoro presenti in ciascuna SO atti a formalizzare il programma terapeutico-riabilitativo personalizzato congiunto. 12.2. Predisposizione del Programma Terapeutico-Riabilitativo Personalizzato, con la specificazione delle rispettive azioni e risorse investite, per tutti gli utenti presi in carico congiuntamente.	Coordinamento DSM Barberio A. CSM Barcola Luchetti A., Corso M., Clarot A. CSM Maddalena Zolli P., Bensi R., Gabrieli G. Mortl E., Tensi L., CSM Domio Tirone G., Casagrande A, CSM Via Gambini Colucci M., Babich D. Dagostini L. Direzione DSM Bracco R., Sanguanini L. In collaborazione con DDD Responsabili/FF di SO, SC, SS, Coordinatori infermieristici delle 2 SC, Coordinatore assistenti sociali	12.1. Formalizzazione degli strumenti di lavoro 30/06/2015 12.2 Il 100% delle persone prese in carico congiuntamente nel secondo semestre 2015 presenta la formalizzazione del programma terapeutico-riabilitativo personalizzato con le modalità predefinite. 31/12/2015

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./Personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
13. Attività inter/nazionali	13.1. Costituzione del gruppo trasversale alle SC del personale dedicato alle attività inter-nazionali 13.2. Evento formativo accreditato ECM residenziale “Formare i formatori”. 13.3. Percorso di FSC per la condivisione e programmazione delle attività di visita nazionali ed internazionali	Coordinamento DSM Mezzina R. Speh D. Direzione DSM Cecchini P. Ferluga D. Filippi M.	13.1.-13.3. Almeno n. 1 evento formativo residenziale entro il 31/03/2015 e 1 percorso di FSC. Report annuale dell’attività di visita 31/12/2015
14. Impresa sociale	Sviluppo e raccordo con Enti ed Associazioni di Categoria, Enti di Formazione e Cooperative Sociali.	Coordinamento SAR Colapietro R., Furlan M. CSM Barcola Rossi M., Strain R. CSM Maddalena Cernecca E., Sindici C. CSM Domio Lusina A. CSM Gambini Battiston C., Chiarandà C.	32 persone inserite negli 8 percorsi formativi attivati. 31/12/2015
15. Partecipazione alla sperimentazione di VilmaFaber	15.1 Costituzione del gruppo trasversale alle SC del personale dedicato all’implementazione dell’utilizzo di VilmaFaber 15.2. Formazione all’impiego dello strumento Vilma FABER e applicazione sul campione individuato dal CC WHO	Coordinamento DSM Bracco R. CSM Barcola Davì R., Strain R. CSM Maddalena Botter V., Cernecca E. CSM Domio Carmignani M., Samar D. CSM Gambini Landucci S., Battiston C.	15.1-15.2. 8 programmi terapeutico riabilitativi inseriti con VilmaFaber 2 programmi terapeutico riabilitativi valutati (Prima corte 2015) Studio di fattibilità per la valutazione del costo dei 2 programmi terapeutico riabilitativi valutati- 31 dicembre 2015

OBIETTIVI TRASVERSALI – TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
A. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, con cadenza periodica.	Effettuare il monitoraggio semestrale ed annuale dei termini dei procedimenti di competenza rientranti nel PTPC, con l'obbligo di segnalare eventuali scostamenti o anomalie riscontrate, da inviare ai fini della pubblicazione al Responsabile della Trasparenza	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (V. tabella allegata).	Trasmissione del report al Responsabile della Trasparenza ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro il 15 gennaio dell'anno
B. Valutazione delle modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi di competenza a maggiore rischio di corruzione.	Formulazione di una proposta operativa ai fini dell'applicazione del principio della rotazione periodica del responsabile del procedimento, tenuto conto della necessità di garantire la continuità delle attività della struttura e temperando l'esigenza, ove riscontrata, dell'impiego delle competenze e delle specializzazioni acquisite.		Trasmissione del documento di analisi e proposta alla Direzione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 0.11.2015.
Aggiornamento dei contenuti del Regolamento del Dipartimento di Salute Mentale, approvato con deliberazione n. 2885 dd. 28.12.1995.	Accoglimento delle prescrizioni di cui alle note RPC prot. n. 38416 dd. 14.08.2013 e prot. n. 59784 dd 11.12.2014. Adeguamento dei contenuti del Regolamento del DSM, approvato con deliberazione n. 2885 dd. 28.12.1995, a seguito dell'entrata in vigore della normativa di cui alla L. 190/2012 e al D.Lgs 33/2013.	Il Direttore del DSM o altro personale della struttura da questi individuato.	Trasmissione alla Direzione della bozza di Regolamento modificato entro il 30.09.2015.

MACRO ATTIVITA'	ATTIVITA'/PROCESSO	S.O. / S.C. / S.S.
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera A	1. autorizzazioni/concessioni 2. certificazioni 3. sopralluoghi/ispezioni 4. autorizzazione incarichi ex art. 53 D.Lgs 165/2001 s.m.i.	1. Dipartimento di Prevenzione 2. Dipartimento di Prevenzione 3. Dipartimento di Prevenzione/SC Assistenza Farmaceutica 4. SC Gevap
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera B	1. affidamento lavori, servizi, forniture ex D.Lgs 163/2006 s.m.i., proroga dei contratti 2. affidamento lavori, servizi, forniture ex L. 109/94 s.m.i., proroga dei contratti 3. affidamento incarichi consulenza legale/difesa in giudizio, proroga dei contratti	1. SC Programmazione e Controllo Acquisti 2. SC Immobili e Impianti 3. SC Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera C	1. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici/privati 2. rimborso erogazione farmaci	1. DSM/DDD/DIP/Distretti/strutture di direzione amministrativa /strutture di direzione sanitaria/strutture di direzione strategica 2. SC Assistenza Farmaceutica
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera D	1. Concorsi pubblici per personale a tempo indeterminato/determinato 2. Conferimento incarichi esterni ex art. 7, c. 6 D.Lgs 165/2001 s.m.i., ex art. 15 octies D.Lgs 502/92 s.m.i. 3. Conferimento incarichi di docenza ad esterni 4. Reclutamento personale convenzionato (MMG/PLS/EST/SA)	1. SC Gevap 2. SC Gevap 3. SC Gevap 4. SS Gestione delle convenzioni di medicina generale e specialistica

Dipartimento delle Dipendenze

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Miglioramento degli strumenti di monitoraggio per i percorsi di presa in carico dell'utenza afferente alle articolazioni organizzative del DDD	1.1 Definire i trattamenti previsti nei diversi percorsi di presa in carico ed adeguare la piattaforma informatica MFP5 1.2 Formalizzare i trattamenti assicurati nei programmi personalizzati di presa in carico nella piattaforma informatica MFP 5	DDD: tutto il personale del ruolo sanitario, tecnico ed amministrativo	1.1 1.2 Adeguamento della piattaforma MFP5 (entro il 30/6/2015) 1.2 Il 100% degli utenti trattati nel secondo semestre presentano la formalizzazione dei trattamenti assicurati nella sezione "CLASSIFICAZIONE TRATTAMENTI" della piattaforma informatica MFP5 (entro il 31/12/2015)
2. Potenziamento e miglioramento dei percorsi di formazione e reinserimento sociale e lavorativo per il gruppo target che comprende utenti presi in carico dalle diverse articolazioni organizzative del DDD con erogazione di borse di studio e di formazione lavoro	2.1 Assicurare a tutti gli utenti appartenenti al gruppo target interventi personalizzati di tutoraggio socio riabilitativo 2.2 Consolidare la rete dei partner che garantiscono i percorsi specifici del gruppo target	DDD: tutte le assistenti sociali	2.1 Il 100% degli utenti appartenenti al gruppo target presenta la formalizzazione degli interventi personalizzati di tutoraggio socio riabilitativo (entro il 31/12/2015) 2.2 Gestione di percorsi specifici dedicati al gruppo target in realtà afferenti ad almeno 40 partner diversi (entro il 31/12/2015)
3. Offerta del vaccino anti HPV, come previsto dalla Delibera Giunta Reg n° 2535 d.d. 18/12/2014, allegato C "Offerta vaccinale regionale:vaccinazioni raccomandate per i gruppi a rischio" alle seguenti categorie a rischio: soggetti Hiv+ ed omosessuali maschi	Garantire la possibilità di accedere alla vaccinazione HPV agli utenti del Centro MST appartenenti al gruppo target, in uno spazio dedicato presso la sede del servizio, con la garanzia del rispetto dell'anonimato	Centro MST: tutto il personale <i>in collaborazione con S.C. Igiene Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione</i>	Al 100% delle persone che richiedono la vaccinazione HPV viene garantita la prestazione presso il Centro MST nel rispetto dell'anonimato entro il 31/12/2015

(MSM)			
4. Miglioramento della gestione dei percorsi ex artt. 75 e 121 D.P.R. 309/90	4.1 Predisporre un'istruzione operativa per la definizione delle modalità amministrative per la gestione dei rapporti con le Prefetture in integrazione con tutte le articolazioni organizzative del DDD 4.2 Applicare l'istruzione operativa a tutti gli utenti segnalati dalle Prefetture per violazione artt. 75 e 121 D.P.R. 309/90	DDD: Cristiano Bartole, Astrid Caucich, Giorgio Filippi, Carla Melli, Cristina Stanic, Flavia Zorzon	4.1. Formalizzazione di un'istruzione operativa per la gestione dei rapporti con le Prefetture in integrazione con tutte le articolazioni organizzative del DDD (entro 30/06/2015) 4.2 Il 100% gli utenti segnalati dalle Prefetture per violazione art. 75 e 121 TU 309/90 a far tempo dal 01/07/2015 vengono gestiti secondo l'istruzione operativa (entro il 31/12/2015)
5. Miglioramento del lavoro integrato con fra DSM e DDD per le persone che presentano situazioni di comorbidità.	5.1 Definire gli strumenti di lavoro atti a formalizzare il programma terapeutico-riabilitativo personalizzato congiunto.	DDD: responsabili/ff di SO, SC, SS, coordinatori infermieristici, coordinatore ass. sociali <i>in collaborazione con DSM</i>	5.1 Formalizzazione degli strumenti di lavoro (entro 30/06/2015)
	5.2 Predisporre il programma terapeutico-riabilitativo personalizzato, con la specificazione delle rispettive azioni e risorse investite, per tutti gli utenti presi in carico congiuntamente.		5.2 Il 100% delle persone prese in carico congiuntamente nel secondo semestre 2015 (almeno 16) presenta la formalizzazione del programma terapeutico-riabilitativo personalizzato con le modalità predefinite.
6. Prosecuzione dei percorsi diagnostico terapeutici integrati per la presa in carico di utenti afferenti alle diverse articolazioni organizzative del DDD affetti da ulcere e ferite difficili	Assicurare la presa in carico congiunta degli utenti afferenti alle diverse articolazioni organizzative del DDD per ulcere e ferite difficili secondo protocollo formalizzato nel 2014 con l'Ambulatorio Chirurgico Sovradistrettuale del Piede diabetico.	Responsabile SCDSI e dirigente infermieristico DDD. In collaborazione l'Ambulatorio Chirurgico Sovradistrettuale Piede Diabetico (Distretto Sanitario n. 3)	Il 100% degli utenti viene preso in carico secondo protocollo (entro 31/12/2015)

Struttura: S.C. DIPENDENZE DA SOSTANZE ILLEGALI

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Miglioramento dei percorsi di testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze dedicati alle persone con diagnosi di dipendenza che afferiscono alle articolazioni distrettuali della SCDSI	<p>1.1 Applicare il "Protocollo operativo per la gestione delle principali infezioni virali correlate all'uso di sostanze nei servizi per le Dipendenze del Friuli Venezia Giulia" anche agli utenti tossicodipendenti che non sono in trattamento con farmaci sostitutivi</p> <p>1.2 Provvedere alla raccolta dei dati di attività con l'obiettivo di monitorare l'andamento del fenomeno e di trasmettere alla S.C. Igiene Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione con cadenza semestrale un report dei nuovi casi positivi per epatite B, C e HIV</p>	<p>SCDSI: Tutto il personale infermieristico DDD: dirigente infermieristico</p> <p><i>in collaborazione con S.C. Igiene Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione</i></p>	<p>1.1 Almeno il 75% degli utenti tossicodipendenti presi in carico dalle articolazioni distrettuali della SCDSI sono testati secondo protocollo regionale (HIV, HC, epatite b) (entro il 31/12/2015)</p> <p>1.2 Trasmissione di n. 2 report anonimi semestrali relativamente ai nuovi sieropositivi per epatite B, C, e HIV (nel primo e nel secondo semestre 2015) al Dipartimento di Prevenzione</p>
2. Miglioramento delle attività di prevenzione, riduzione dei rischi e dei percorsi di presa in carico specifici per gli utenti under 25 anni	<p>2.1 Strutturare percorsi integrati di presa in carico per il gruppo target definendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - target e criteri di inclusione - obiettivi - offerta - strumenti di lavoro e aree di integrazione - monitoraggio e continuità terapeutica - modalità di coordinamento e di valutazione della sperimentazione <p>2.2 Garantire percorsi di presa in carico specialistica dedicati al gruppo target presso il Polo Giovani di Androna degli Orti secondo i criteri di priorità.</p>	<p>2.1 Personale dell'équipe del Polo Giovani Tanja Umari (medico) Marta Rubiera (medico) Daniela Belviso (psicologo) Vania Brogno (assistente sociale) Micaela Pinter (infermiere) Gaetano Ricotta (infermiere)</p> <p>2.2 Tutti i dirigenti/ff di SO, SC, SS del DDD</p>	<p>2.1 Formalizzazione un istruzione operativa per la gestione integrata dei percorsi specifici dedicati al gruppo target (entro il 30/06/2015)</p> <p>2.2 Nel secondo semestre 2015 almeno n. 40 utenti under 25 anni della SCDSI sono presi in carico con percorsi specifici presso il Polo Giovani di Androna degli Orti (entro il 31/12/2015)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	2.3 Valutare la sperimentazione triennale relativa al Polo Giovani di Androna degli Orti e strutturare il modello organizzativo definitivo	2.3 Tutti i dirigenti/ff di SO, SC, SS del DDD	2.3 Formalizzazione alla direzione strategica della proposta del modello organizzativo definitivo (Entro il 31/12/2015)
3. Implementazione di percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per persone tossicodipendenti con epatite cronica da HCV, con particolare attenzione alla gestione dei farmaci di nuova generazione	3.1 Aggiornare le competenze specifiche dei professionisti coinvolti 3.2 Stesura di un Protocollo operativo congiunto per la gestione dei percorsi di continuità assistenziale fra la S.C. Malattie Infettive e la S.C. Dipendenze da Sostanze illegali (SCDSI) che dettagli: - target e criteri di inclusione - obiettivi - offerta - strumenti di lavoro e aree di integrazione - monitoraggio e continuità terapeutica - modalità di coordinamento e di valutazione della sperimentazione 3.3 Implementare i percorsi di continuità clinico assistenziale previsti nel Protocollo	Direzione DDD: Balestra Roberta, Stanic Cristina Infermieri SCDSI: Ferneti Chiara, Pinter Micaela, Santi Mirko Medici SCDSI: Baez Ariadna, Bazo Gianfranco, Conti Gianni, Lovadina Anna, Milievich Claudia, Rubiera Marta, Saba Annalisa, Umari Tanja in collaborazione con la SC Malattie Infettive di AO/US	3.1 Attuazione del percorso formativo sulle tematiche specifiche (entro 31/12/2015) 3.2 Formalizzazione del Protocollo (entro il 30/06/2015) 3.3 Il 100% dei casi segnalati dal 01/07/2015 dalla SCDSI appartenenti al target individuato vengono valutati congiuntamente secondo le modalità previste dal Protocollo (entro 30/12/2015)
4. Favorire l'accessibilità ai percorsi diagnostici terapeutici per dipendenza patologica da sostanze illegali per le persone che	4.1 Strutturare percorsi di presa in carico precoce per persone che accedono al Centro MST e che presentano problematiche correlate all'uso, abuso e dipendenze da sostanze illegali con l'apertura di uno spazio dedicata presso la sede del Centro MST	Direzione DDD: Balestra Roberta, Stanic Cristina SCDSI: Nordici Deborah, Contino Antonina Centro MST: Claudia Colli	4.1 Formalizzazione delle modalità di presa in carico congiunta fra SCDSI e Centro MST (entro 30/06/2015)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
accedono al Centro MST	4.2 Garantire percorsi di valutazione specialistica dedicati al gruppo target presso il Centro MST		4.2 Il 100% delle persone segnalate dal Centro MST nel secondo semestre 2015 vengono valutati secondo proposta operativa concordata (entro 31/12/2015)

Struttura: SC DIPENDENZE LEGALI

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Assicurare percorsi di continuità assistenziale ospedale– territorio per gruppi target individuati congiuntamente	1.1 Adeguare le competenze specifiche dei professionisti coinvolti 1.2 Definire i percorsi di continuità assistenziale per i seguenti gruppi target: a) Persone tabagiste con BCPO prese in carico dalla S.C. Pneumologia di AOOTS b) Persone alcol-dipendenti con epatopatia prese in carico dal Centro Studi Fegato di AOOTS 1.3 Applicazione dei percorsi di continuità assistenziale nei casi segnalati da AOOTS	Personale sanitario della SC Dipendenze da sostanze legali del DDD - personale sanitario delle articolazioni organizzative di AOOTS coinvolte in collaborazione con la SC Pneumologia e Centro studi Fegato di AOOTS	1.1 Realizzazione di almeno due eventi formativi accreditati ai fini ECM sulle tematiche della continuità assistenziale (entro 31/12/2015) 1.2 Formalizzazione dei due percorsi di continuità assistenziale (entro il 30/06/2014) 1.3 Il 100% dei casi segnalati da AOOTS appartenenti ai target individuati presentano percorsi di continuità assistenziale (30/12/2015)

OBIETTIVI TRASVERSALI – TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
A. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, con cadenza periodica.	Effettuare il monitoraggio semestrale ed annuale dei termini dei procedimenti di competenza rientranti nel PTPC, con l'obbligo di segnalare eventuali scostamenti o anomalie riscontrate, da inviare ai fini della pubblicazione al Responsabile della Trasparenza	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del report al Responsabile della Trasparenza ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro il 15 gennaio dell'anno
B. Valutazione delle modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi di competenza a maggiore rischio di corruzione.	Formulazione di una proposta operativa ai fini dell'applicazione del principio della rotazione periodica del responsabile del procedimento, tenuto conto della necessità di garantire la continuità delle attività della struttura e temperando l'esigenza, ove riscontrata, dell'impiego delle competenze e delle specializzazioni acquisite.	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del documento di analisi e proposta alla Direzione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 30.11.2015 .

MACRO ATTIVITA'	ATTIVITA'/PROCESSO	S.O. / S.C. / S.S.
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera A	<ol style="list-style-type: none"> 1. autorizzazioni/concessioni 2. certificazioni 3. sopralluoghi/ispezioni 4. autorizzazione incarichi ex art. 53 D.Lgs 165/2001 s.m.i. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dipartimento di Prevenzione 2. Dipartimento di Prevenzione 3. Dipartimento di Prevenzione/SC Assistenza Farmaceutica 4. SC Gevap
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera B	<ol style="list-style-type: none"> 1. affidamento lavori, servizi, forniture ex D.Lgs 163/2006 s.m.i., proroga dei contratti 2. affidamento lavori, servizi, forniture ex L. 109/94 s.m.i., proroga dei contratti 3. affidamento incarichi consulenza legale/difesa in giudizio, proroga dei contratti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SC Programmazione e Controllo Acquisti 2. SC Immobili e Impianti 3. SC Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera C	<ol style="list-style-type: none"> 1. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici/privati 2. rimborso erogazione farmaci 	<ol style="list-style-type: none"> 1. DSM/DDD/DIP/Distretti/strutture di direzione amministrativa/strutture di direzione sanitaria/strutture di direzione strategica 2. SC Assistenza Farmaceutica
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera D	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concorsi pubblici per personale a tempo indeterminato/determinato 2. Conferimento incarichi esterni ex art. 7, c. 6 D.Lgs 165/2001 s.m.i., ex art. 15 octies D.Lgs 502/92 s.m.i. 3. Conferimento incarichi di docenza ad esterni 4. Reclutamento personale convenzionato (MMG/PLS/EST/SA) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SC Gevap 2. SC Gevap 3. SC Gevap 4. SS Gestione delle convenzioni di medicina generale e specialistica

Dipartimento di Prevenzione

Dipartimento di Prevenzione – Direzione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
<p>1. Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti.¹</p> <p>Miglioramento della qualità della vita dell'anziano istituzionalizzato e prevenzione dei rischi dei lavoratori addetti all'assistenza nelle case di riposo e/o residenze polifunzionali</p>	<p>1.1 Verifica degli aspetti igienico sanitari e di sicurezza del lavoro</p> <p>1.2 Elaborazione e sperimentazione della nuova check list integrata</p> <p>1.3 Progettazione del nuovo database relazionale</p>	<p>DIREZIONE DIP Servizio professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione Personale amministrativo SCISPPA SCPSAL SCIAN Professioni sanitarie (assistenti sanitari, tecnici della prevenzione, dietista)</p>	<p>Verifica e sperimentazione della nuova check list integrata in almeno 10 strutture.</p>
<p>2. Benessere mentale dei bambini, adolescenti e giovani²</p> <p>Promozione alla salute nei bambini delle scuole primarie della provincia di Trieste</p> <p>mediante soluzioni alternative e innovative per lo sviluppo della capacità comunicativa e relazionale con il metodo <i>cooperative learning</i> per il cambiamento di prospettiva sulle differenze. Interventi Assistiti con Animali (IAA) e zoo antropologia didattica (ZAD)</p>	<p>2.1 Programmazione degli interventi, definizione dei gruppi e individuazione dei destinatari da parte dell'Equipe prescrittivo-progettuale in collaborazione con la Dirigente scolastica dell'Istituto comprensivo Italo Svevo (scuola primaria San Giusto e scuola primaria Lovisato)</p> <p>2.2 Invio dell'informativa ai genitori delle classi.</p> <p>2.3 Effettuazione di un incontro preliminare con le classi individuate per la condivisione del progetto.</p>	<p>DIREZIONE DIP Servizio professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione Personale amministrativo SCVET Veterinari, Operatori tecnici</p>	<p>Almeno 8 incontri di ZAD nelle classi; Almeno 2 incontri individuali di IAA con i bambini BES; Almeno 20 IAA con piccoli gruppi nelle classi.</p>

¹ Obiettivi di miglioramento/innovazione proposti dalla Struttura

² Obiettivi del PAL/PAO particolarmente rilevanti e impattanti sulla Struttura - Cfr. PAL pag. 15 punto 7

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
Prosecuzione del Progetto Pilota di Integrazione e Inclusione scolastica UNA SQUADRA A 6 ZAMPE approvato dall'Istituto Zoo profilattico sperimentale delle Venezie – Centro Referenza Nazionale per la Pet Therapy.	2.4 Effettuazione degli IAA e della ZAD 2.5 Valutazione e monitoraggio delle attività attraverso l'utilizzo di strumenti multimediali. 2.6 Valutazione dell'efficacia degli IAA e ZAD mediante strumenti di osservazione specifici.		
3. Benessere mentale dei bambini, adolescenti e giovani³ Promozione alla salute negli adolescenti coinvolti nei programmi vaccinali mediante soluzioni alternative e innovative per il superamento della fobia specifica del sangue e degli aghi (emofobia e tripanofobia o belonefobia). Interventi Assistiti con Animali (IAA) Sperimentazione del Progetto Pilota Triennale CONFIDO NELLA VACCINAZIONE, SENZA PAURA	3.1 Definizione delle procedure igienico-sanitarie per l'organizzazione dell'ambulatorio dedicato alle vaccinazioni con la presenza del cane 3.2 Progettazione e monitoraggio della sequenza dell'iter per l'approvazione da parte della Commissione Tecnico Scientifica Etica per la valutazione dei progetti di IAA dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie 3.3 Sperimentazione della scheda di autovalutazione dell'ansia (Zung, 1971) 3.4 Progettazione della scheda di rilevazione del gradimento e degli strumenti specifici per la misurazione dell'efficacia degli interventi di IAA	DIREZIONE DIP Servizio professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione Personale amministrativo SCVET Veterinari, operatori tecnici SCISPPA Professioni sanitarie (assistenti sanitari, infermieri)	Somministrazione della scheda di autovalutazione dell'ansia ad almeno 250 adolescenti che effettuano la vaccinazione HPV o la vaccinazione DTP
4. Modelli comunicativi efficaci⁴	4.1. Predisposizione della scheda di	DIREZIONE DIP Servizio professioni	Inserimento dei dati relativi al 100% dei progetti/interventi nel database relazionale

³ Obiettivi del PAL/PAO particolarmente rilevanti e impattanti sulla Struttura - Cfr. PAL pag. 15 punto 7

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
<p>per la diffusione delle buone pratiche in prevenzione e promozione alla salute: Accountability dei progetti / interventi di prevenzione e promozione alla salute del Dipartimento di prevenzione</p>	<p>ricognizione sul modello Dors (Centro di Documentazione per la Promozione della Salute) della Regione Piemonte e dell'Istituto Superiore di Sanità 4.2. Formazione all'utilizzo della scheda al personale delle strutture coinvolte 4.3. Censimento dei progetti/interventi di prevenzione e promozione alla salute del Dipartimento di Prevenzione 4.4. Creazione e sperimentazione del database dedicato 4.5. Restituzione dei risultati</p>	<p>infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione Personale amministrativo</p>	<p>e diffusione dei risultati a livello aziendale</p>
<p>5. Relazione annuale di Struttura</p>	<p>1. Predisposizione della relazione annuale di Struttura riferita all'attività 2014. 2. Diffusione della relazione con inserimento della stessa sul sito WEB aziendale</p>	<p>Direttore DIP DIREZIONE DIP Responsabili di SC, SS e SSD e GLDE</p>	<p>Realizzazione della relazione ed inserimento nel sito WEB aziendale entro il 31/12/2015</p>
<p>6. Programma di sorveglianza PASSI</p>	<p>6.1 Mantenere attivi i programmi di sorveglianza nazionale PASSI 6.2 Partecipazione ai programmi secondo le indicazioni regionali 6.3 Diffusione dei dati rilevati al fine di orientare i programmi di prevenzione</p>	<p>DIREZIONE DIP Dirigente Medico Referente per l'azienda del Sistema di Sorveglianza PASSI Assistenti sanitari Personale amministrativo</p>	<p>6.1 Effettuazione delle interviste programmate (280) e rilevazione dei dati (come da indicazioni regionali per PASSI). 6.2 Diffusione dei dati rilevati alle Strutture aziendali, mediante schede tematiche o report, al fine di orientare i programmi di prevenzione</p>

⁴ Obiettivi del PAL/PAO particolarmente rilevanti e impattanti sulla Struttura - Cfr. PAL pag. 15 primo paragrafo

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
			6.3 Diffusione dei risultati alla popolazione ed agli stakeholder anche attraverso il portale ed i social network aziendali.
7. Invecchiamento attivo	7.1 Proseguire con la divulgazione dei risultati delle indagini PASSI D'Argento condotte nel periodo 2012-2013 alla cittadinanza ed agli stakeholder 7.2 Aggiornamento del materiale divulgativo (schede tematiche con raccomandazioni minime, poster) da diffondere alla popolazione anche attraverso il portale ed i social network aziendali	DIREZIONE DIP Dirigente Medico Referente per l'azienda del Sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento Personale amministrativo	Diffusione dei risultati schede tematiche/ report alla popolazione ed agli stakeholder: pubblicazione dei risultati su almeno 2 siti istituzionali
8. Prevenzione incidenti domestici Prosecuzione delle attività formative sulla prevenzione degli incidenti domestici orientate al target anziani e bambini	8.1 Effettuare azioni formative rivolte a: - MMG e PLS 8.2 Effettuare azioni informative rivolte a: - stakeholder e care giver	Direzione DIP personale amministrativo Servizio delle professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione Assistenti Sanitari e Infermieri S.S. SICUREZZA IMPIANTISTICA Responsabile della Struttura Tecnici della Prevenzione SCISPPA Dott.ssa Carmela Daniela Germano Tecnici della Prevenzione	Evidenza delle azioni informative/ formative svolte: 8.1 almeno 1 corso di formazione per operatori sanitari, in collaborazione con l'OMCEO 8.2 Diffusione di informazioni alla popolazione generale ed a quella bersaglio attraverso i media ed il portale dell'AAS 1.
9. Programma GUADAGNARE SALUTE: Promozione dell'attività fisica e di un'alimentazione corretta	Diffusione delle informazioni raccolte dai sistemi di sorveglianza locali (OKKIO, PASSI, PASSI D'ARGENTO) agli operatori e nelle sale d'attesa destinate all'utenza dell'azienda ospedaliero-universitaria finalizzato alla diffusione della conoscenza dei sistemi di sorveglianza e dei rischi	DIREZIONE DIP Direzione DIP Personale Amministrativo Servizio delle professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione Assistenti Sanitari e Infermieri	Realizzazione di schede tematiche mirate alla prevenzione, a partire da dati di OKKIO, PASSI; PASSI D'Argento da diffondere fra gli operatori e nelle sale d'attesa degli ambienti ospedaliero-universitari destinati al pubblico.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	legati a scorretti stili di vita presenti nella popolazione locale	SCIAN dietista SCISPPA Dott.ssa Carmela Daniela Germano	
10. Promuovere l'appropriatezza prescrittiva dei prodotti AFIR con particolare riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei Dispositivi per diabetici	1. Monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni di strisce per l'autocontrollo della glicemia ("Test Glicemia" - 7AB1B01), con riferimento alle classi prescrittorie stabilite dagli Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito, con produzione di due report, entro giugno e dicembre 2015. 2. Effettuazione nel corso dell'anno di due incontri di confronto/audit con i prescrittori.	Coordinatore del Gruppo di Lavoro Dipartimentale di Epidemiologia Obiettivo in collaborazione con S.S. Vigilanza sull' erogazione dell'Assistenza Farmaceutica e con il coordinamento permanente tra i centri diabetologici dei 4 distretti	Monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni di strisce per l'autocontrollo della glicemia dei MMG.
11. Valutazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali dei pazienti con ri-fratture di femore (≥ 65 anni).	Descrizione del fenomeno ri-fratture di femore e suo andamento temporale (fonti RRMD-SSR – report protocollo di continuità riabilitativa). Ricerca di variabili associate alla ri-frattura (fonti come sopra) Studio di fattibilità finalizzato al miglioramento della gestione dei percorsi delle ri-fratture di femore.	Dipartimento di Prevenzione Direzione - Gruppo di Lavoro Dipartimentale di Epidemiologia In collaborazione con S.S. Dipartimentale Riabilitazione Aziendale	Presentazione e discussione del report in un incontro di audit con rappresentanti delle strutture coinvolte nei PDTA (Direzione Sanitaria AOUTS e AAS, Servizio Riabilitativo AAS e Servizi riabilitativi distrettuali, Dipartimento di ortopedia riabilitazione e medicina del lavoro di AOUTS, UDMG, Programmazione Strategica AAS e Programmazione e controllo AOUTS) SI/NO

DIP – S.C. Igiene Sanità Pubblica e Prevenzione Ambientale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
12. Prevenzione delle malattie infettive Attività di vigilanza, prevenzione e promozione della salute nelle attività artigianali di parrucchiere misto. Obiettivo triennale	<ul style="list-style-type: none"> - effettuazione dell'attività di vigilanza almeno nel 30% delle attività di parrucchiere misto nell'ambito di tutta la Provincia di Trieste - 2° anno di attività 	SCISPPA Tecnici della prevenzione Assistenti Sanitari Personale amministrativo Operatori tecnici	Almeno 80 esercizi di parrucchiere misto ispezionati
13. Prevenzione delle malattie infettive Gestione casi legionellosi	<ul style="list-style-type: none"> - Raccolta protocolli e/o linee guida applicati in altre realtà regionali - revisione del protocollo operativo attualmente in uso - predisposizione di un documento guida aggiornato e sua diffusione alle associazioni di categoria delle strutture ricettive presenti in provincia 	SCISPPA Responsabile Struttura Complessa Dirigenti medici Personale amministrativo Tecnici della prevenzione Professioni sanitarie Operatori tecnici	Predisposizione e trasmissione del documento guida a tutte le associazioni di categoria delle strutture ricettive presenti in provincia (100% di 4 Associazioni, 4 RSA, 17 Case di Riposo, 83 Residenze Polifunzionali, 3 Case di Cura,).
14. Prevenzione delle malattie infettive Prevenzione delle malattie trasmesse da vettori blattoidei nelle aree residenziali critiche	<p>Individuazione di almeno una struttura residenziale ad alta densità abitativa in cui sia presente la problematica legata alla infestazione di blatte.</p> <p>Cooptazione dei gestori/proprietari delle Strutture e dei referenti aziendali (Distretti/microaree/portierato sociale) ed istituzionali (Comuni) al fine di adottare idonee azioni preventive.</p> <p>Contatti con i residenti e gli stakeholder al fine di informarli su quanto verrà messo in atto e informarli sulle corrette azioni preventive da mettere in atto.</p>	SCISPPA Tecnici della prevenzione Operatori tecnici Personale Amministrativo	Interventi di disinfestazione in almeno 150 abitazioni/aree comuni.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	Esecuzione degli interventi di disinfezione.		
15. Prevenzione delle malattie infettive e politiche vaccinali Implementare la sorveglianza delle malattie infettive e rilevare attivamente gli eventi avversi alla vaccinazione	monitoraggio degli eventi avversi alla vaccinazione antivaricella	SCISPPA Dirigenti Medici Professioni sanitarie SCISPPA (assistenti sanitari e infermieri) Personale Amministrativo	Report eventi avversi al vaccino antivaricella al 30/6/2015 al 31/12/2015
16. Prevenzione delle malattie infettive e politiche vaccinali Attuazione del programma vaccinale- mantenimento o miglioramento dei tassi di copertura raggiunti nel 2014-	1. Organizzazione integrata e condivisa Dipartimento, Distretti, PLS e MMG e altri stakeholders istituzionali e sanitari di un progetto di formazione /comunicazione per una attività omogenea e sinergica tra tutti gli attori coinvolti 2. Definizione di comuni obiettivi condivisi 3. Utilizzo dei media per implementare l'adesione 4. Iniziative di formazione	SCISPPA Dirigenti medici Professioni sanitarie SCISPPA (assistenti sanitari e infermieri) Personale Amministrativo in collaborazione con: Distretti Personale sanitario S.C tutela salute bambini adolescenti	<u>miglioramento o mantenimento</u> dei tassi di copertura raggiunti nel corso del 2014, nei bambini entro i 24 mesi di vita, riferiti alla coorte del 2013, per ciclo base entro il 31/12/2015 Tassi di riferimento 2014 <ul style="list-style-type: none"> • 3 dosi esavalente 91,1% • 1 dose MMR 83% • antiVaricella 37,6%
17. Prevenzione delle malattie infettive Mantenimento del testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze nelle persone che afferiscono nei servizi per la Prevenzione delle Dipendenze e segnalazione (anonima)	<ul style="list-style-type: none"> - Nell'ambito del testing che viene offerto dal DDD agli utenti presi in carico dalle diverse articolazioni organizzative della S.C. Dipendenze da Sostanze Illegali; - sarà predisposto un report dei casi positivi per epatite B, C e HIV che sarà trasmesso alla S.C. Igiene Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione con cadenza semestrale al 31/7/2014 e al 31/01/2015 	SCISPPA Dirigenti medici Professioni sanitarie SCISPPA (assistenti sanitari e infermieri) D.D.D. Dirigenti medici Infermieri	Trasmissione di un report dei sieropositivi per epatite B, C, e HIV da parte del Dipartimento delle Dipendenze alla S.C. Igiene Sanità Pubblica (report anonimo), con cadenza semestrale al 31/7/2015 ed al 31/12/2015 Il Dipartimento di Prevenzione elaborerà i dati acquisiti e li reinverrà al Dipartimento delle Dipendenze, sempre con cadenza semestrale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
ai Dipartimenti di Prevenzione	- Il Dipartimento di Prevenzione, acquisiti gli elenchi con i parametri citati, elaborerà i dati dal punto di vista epidemiologico e li restituirà agli operatori del Dipartimento delle Dipendenze		

DIP – S.S. Sanità Animale, Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
<p>18. Monitoraggio sanitario della popolazione urbana di gabbiano reale mediterraneo (<i>Larus cachinnans</i>) della città di Trieste con almeno 20 visite cliniche e almeno 20 esami colturali per la ricerca di microrganismi a carattere zoonosico di gabbiani reali urbani.</p> <p>L'azione rientra nei LEA nell'ambito della prevenzione collettiva e sanità pubblica; Area di Intervento D – Salute animale e igiene urbana veterinaria; D12 Prevenzione e controllo delle zoonosi. - Controllo delle popolazioni selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Censimento della popolazione nidificante e reperimento dei dati bibliografici entro il 30 giugno 2015. - Reperimento dei dati bibliografici relativi alla prevalenza nota dei microrganismi patogeni a carattere zoonosico da valutare nella popolazione di gabbiani (Salmonella, altro) - Elaborazione epidemiologica dei dati e calcolo della numerosità dei campioni da raccogliere ed analizzare - Raccolta dei campioni ed invio dei medesimi all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie. - Elaborazione statistica dei risultati e redazione di un report sull'analisi del rischio nell'area di intervento D, sezione D12 della prevenzione 	<ul style="list-style-type: none"> 3. Responsabile di Struttura Complessa. 4. 5. Dirigenti veterinari di Sanità Animale. 6. 7. 8. Operatori tecnici. 9. 10. Personale amministrativo. 	<p>Campionamento di almeno 20 gabbiani</p> <p>Valutazione del rischio zoonosico dell'avifauna sinantropa con particolare riferimenti ai gabbiani reali mediterranei nidificanti nella città di Trieste, misurato in termini numerici di prevalenza della malattia nella popolazione residente, entro dicembre 2015.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
L'effetto finale strategico è quello di acquisire informazioni epidemiologiche sul rischio sanitario dell' avifauna sinantropa nella città di Trieste.	collettiva e sanità pubblica (salute animale e igiene urbana veterinaria, prevenzione e controllo delle zoonosi) dei LEA.		
19. Promozione della salute utilizzando una trasmissione radiofonica come efficace modello comunicativo per migliorare la relazione con l'animale domestico.	Produzione di un programma radiofonico in venti puntate, dal titolo "SIAMO TUTTI SULLA STESSA ARCA –settimanale di cultura animale" con la collaborazione di "RADIO FRAGOLA" nel periodo febbraio – ottobre 2015. In ogni puntata sarà presente un ospite (dipendenti del DIP, rappresentanti delle principali associazioni protezionistiche triestine, veterinari ed educatori cinofili) con il quale saranno affrontate le più diverse problematiche riguardanti la relazione con gli animali.	11. Responsabile della Struttura 12. Complessa 13. 14. Dirigenti veterinari di Sanità 15. Animale. 16. 17. Operatori tecnici. 18. Personale amministrativo.	Effettuazione di 20 puntate radiofoniche entro il 31 ottobre 2015. Produzione entro il 31 dicembre 2015 di un CD con il contenuto di tutte le puntate radiofoniche, che successivamente potrà essere inserito in rete, sul sito aziendale.
20. Effettuazione dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità nelle aziende zootecniche interessate, come statuito dall'accordo tra il Ministero della Salute e il Ministero delle Politiche Agricole. Inserimento degli esiti dei controlli nella Banca Dati Nazionale degli Allevamenti	Effettuazione dei controlli previsti in materia di benessere animale in azienda, identificazione degli animali in azienda, farmacovigilanza e degli ulteriori controlli previsti per il controllo delle condizionalità. Inserimento dei verbali di ispezione nell'apposito applicativo della BDN allevamenti. Il numero esatto di interventi da eseguire sarà indicato nel Piano Regionale della Sicurezza Alimentare che rende operativo nella Regione Friuli Venezia Giulia il PNI/PQSA (Piano Nazionale Integrato 2015-2018 / Piano Quadriennale Sicurezza Alimentare 2015 – 2018).	19. Dirigenti veterinari di Sanità 20. Animale. 21. 22. Operatori tecnici. 23. Personale amministrativo	Effettuazione entro il 31 dicembre 2015 dei controlli previsti in materia di benessere animale in azienda, identificazione degli animali in azienda, farmacovigilanza e degli ulteriori controlli previsti per il controllo delle condizionalità, in attesa dell'indicazione numerica Ministeriale si indica in 10 il numero dei controlli che si prevede di fare, in analogia a quanto svolto negli anni precedenti.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	Per analogia a quanto svolto negli anni precedenti ed in base alle richieste di condizionalità per l'anno 2014 si possono presumere 10 interventi ispettivi nel corso dell'anno 2015. Inserimento dei verbali di ispezione nell'apposito applicativo della BDN allevamenti.		

DIP – S.S. Tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
21. Controlli ufficiali nell'ambito della filiera della pesca: la vendita diretta dei prodotti ittici.	Sopralluoghi ispettivi nella vendita diretta dei prodotti ittici.	Tecnici della Prevenzione	Almeno 4 sopralluoghi ispettivi sulla vendita diretta dei prodotti ittici e stesura dei relativi verbali ispettivi entro il 31 dicembre 2015.
22. Verifiche sulla corretta informazione al consumatore finale in tema di etichettatura delle carni fresche e preparate ai sensi dei Reg. 1069/2011 CE e 1337/2013 CE.	Sopralluoghi ispettivi nel commercio al dettaglio della Provincia di Trieste, per la verifica della corretta etichettatura delle carni fresche e preparate.	Tecnici della Prevenzione	Almeno 8 sopralluoghi ispettivi nel commercio al dettaglio, per la verifica della corretta etichettatura delle carni fresche e preparate e stesura dei relativi verbali ispettivi , entro il 31 dicembre 2015.
23. Controlli ufficiali nell'ambito della filiera della pesca: la vendita diretta dei prodotti ittici.	Costituzione di un gruppo di lavoro e riunioni mirate alla elaborazione del protocollo relativo al controllo ufficiale sulla vendita diretta dei prodotti ittici.	Responsabile di Struttura Dirigenti veterinari	Stesura del protocollo relativo al controllo ufficiale sulla vendita diretta dei prodotti ittici, e trasmissione dello stesso alla Capitaneria di Porto.
24. Controlli ufficiali sui trasporti su strada di prodotti di origine animale.	Costituzione di un gruppo di lavoro e riunioni mirate alla elaborazione del protocollo relativo al controllo ufficiale sui trasporti su strada di prodotti di origine animale.	Responsabile di Struttura Dirigenti veterinari	Stesura del protocollo relativo al controllo ufficiale sui trasporti su strada di prodotti di origine animale, e trasmissione dello stesso alla Capitaneria di Porto ed alla Polizia Stradale.

DIP – S.C. Prevenzione Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
<p>25. Corretto percorso socio – sanitario - assistenziale del cittadino esposto od ex esposto ad amianto</p>	<p>1. Predisposizione di una proposta regionale di percorso socio – sanitario - assistenziale del cittadino esposto od ex esposto ad amianto</p> <p>2. Redazione di un elenco delle aziende, comparti produttivi o lavorazioni, anche cessate, nelle quali sia stato manipolato amianto e/o si siano verificati casi di neoplasie amianto-correlate o di asbestosi, al fine di fornire un'informazione mirata agli operatori che prestano assistenza nei casi in esame</p> <p>3. Attività di informazione ai mmg, alle strutture specialistiche ambulatoriali ed ospedaliere che prestano assistenza a persone con sospetta patologia da amianto</p>	<p>SCPSAL Direttore di Struttura Responsabile SSITL Professioni sanitarie Tecnici della Prevenzione Ingegnere Coll. f. D.</p> <p>UCO di Medicina del Lavoro dell'Università degli Studi di Trieste (progetto proposto al Prof. Massimo Bovenzi)</p>	<p>1. Proposta trasmessa alla Direzione Centrale Salute</p> <p>2. Relazione sulle situazioni occupazionali che hanno comportato l'esposizione ad amianto nella provincia di Trieste</p> <p>3. Produzione di un documento informativo, distribuzione dello stesso ed organizzazione di almeno un momento informativo</p>
<p>26. Prevenire i rischi legati alla movimentazione manuale dei carichi, in particolare nell'ambito del porto di Trieste.</p>	<p>1. Collaborazione con le aziende operanti in ambito portuale al fine di adottare procedure/tecnologie atte a ridurre il rischio nella movimentazione manuale di carichi.</p> <p>2. Verifica delle mutate condizioni di esposizione.</p>	<p>Responsabile SCPSAL Responsabile SSITL Dirigenti Medici Tecnici della Prevenzione Ingegnere Coll. f. D. Professioni sanitarie</p>	<p>1. Effettuazione di almeno 3 sopralluoghi.</p> <p>2. Produzione di una relazione da mettere a disposizione delle Istituzioni, delle aziende e delle organizzazioni dei lavoratori operanti in ambito portuale.</p>
<p>27. Monitoraggio dell'esposizione dei lavoratori dell'industria</p>	<p>1. Partecipazione al confronto con le istituzioni del territorio e l'azienda,</p>	<p>Responsabile SCPSAL Responsabile SSITL Dirigenti Medici</p>	<p>1. Effettuazione di almeno 8 sopralluoghi nello stabilimento.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
siderurgica ad agenti chimici e cancerogeni , a fronte dei cambiamenti dell'assetto industriale previsti per lo stabilimento triestino di Servola.	mirato a condividere le conoscenze e le criticità del processo in atto. 2. Effettuazione di sopralluoghi nello stabilimento, mirati alla verifica delle condizioni di sicurezza del lavoro. 3. Verifica della corretta effettuazione della sorveglianza sanitaria dei lavoratori.	Tecnici della Prevenzione Professioni sanitarie Ingegnere Coll. f. D.	2. Redazione di una relazione sulla sorveglianza sanitaria dei lavoratori e trasmissione della stessa ai medici competenti aziendali.
28. Monitoraggio e vigilanza nel comparto dell'edilizia e nelle attività di montaggio e smontaggio dei palchi per lo spettacolo mediante procedure standardizzate secondo quanto previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione.	1. Garantire interventi di vigilanza congiunta con le Istituzioni presenti nel territorio. 2. Applicare il protocollo operativo di vigilanza. 3. Effettuazione di interventi di vigilanza in attività di montaggio o smontaggio di opere temporanee per spettacoli attuando quanto previsto dallo specifico DM del Luglio 2014. 4. Organizzare un incontro formativo/informativo o di assistenza in collaborazione con scuole, Organismi Paritetici, Rappresentanze professionali o di categoria in materia di salute e sicurezza in edilizia.	Responsabile SSITL Tecnici della Prevenzione Professioni sanitarie	1. Interventi di vigilanza congiunta in almeno 10 cantieri. 2. Applicazione del protocollo operativo di vigilanza in almeno 20 cantieri e produzione di un report finale sulle situazioni critiche riscontrate. 3. Effettuazione di almeno 3 interventi di vigilanza in attività di montaggio o smontaggio di opere temporanee per spettacoli. 4. Realizzazione di 1 incontro formativo/informativo o di assistenza in materia di salute e sicurezza in edilizia.
29. Aggiornamento del progetto "La ricostruzione della storia dell'esposizione lavorativa ad amianto nelle province di Trieste e Gorizia ai fini	Aggiornamento dell'archivio con la documentazione raccolta dalla SCPSAL e il data-base aggiornato dell'archivio del Registro Regionale Tumori. Aggiornamento del software.	Responsabile SCPSAL Responsabile SSITL Coordinatore del GLDE Dirigenti Medici Tecnici della Prevenzione Professioni sanitarie	Aggiornamento dell'archivio con i dati più recenti disponibili del Registro Regionale Tumori. SI/NO

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
dell'assistenza ai lavoratori esposti ed ex esposti".		Personale amministrativo	
30. Garantire maggiore omogeneità nelle attività di Polizia Giudiziaria sul territorio regionale nel rispetto prioritario della mission di prevenzione delle SCPSAL	Organizzazione di un corso residenziale regionale con la presenza di Magistrati individuati dalle varie Procure, finalizzato a rendere maggiormente omogenee le procedure di Polizia Giudiziaria connesse alla materia della salute e sicurezza nel lavoro	Responsabile SCPSAL Responsabile SSITL Dirigenti Medici Tecnici della Prevenzione Professioni sanitarie Personale amministrativo	Predisposizione del programma del corso sulla base dell'accordo con la Magistratura SI/NO
31. Vigilanza nel comparto agricolo secondo le indicazioni del progetto nazionale mirato alle macchine e del decreto regionale piani controllo commercio e impiego fitosanitari.	1. Mantenimento del numero di ispezioni effettuate nel corso del 2014 finalizzate alla sicurezza delle macchine e delle attrezzature, da svolgere in collaborazione con la SCIAN, riferite anche al rischio legato all'utilizzo di fitofarmaci. 2. Aggiornamento della "lista di controllo" condivisa tra SCPSAL e Università di Udine finalizzata agli interventi su officine e rivendite di macchine agricole.	Responsabile SSITL Tecnici della Prevenzione Professioni sanitarie SCIAN	Effettuazione di 2 ispezioni in collaborazione con la SCIAN.
32. Realizzazione di interventi di prevenzione dei rischi legati al lavoro in ambienti confinati.	Eseguire interventi congiunti con la Direzione Territoriale del lavoro (DTL) in realtà ove siano presenti rischi da siti confinati (DPR 177/2011)	Responsabile SSITL Tecnici della Prevenzione Professioni sanitarie Personale amministrativo	2 interventi congiunti con la DTL in realtà ove siano presenti rischi da siti confinati
33. Mantenimento dell'attività dei progetti nazionali, svolti in sinergia con l'INAIL, denominati: 1) INFORMO (infortuni gravi e mortali)	1. Mantenimento degli obiettivi del 2014 nell'inserimento di infortuni mortali o gravi nel programma INFORMO. I 60 infortuni previsti a livello regionale saranno suddivisi secondo le indicazioni fornite dal Gruppo regionale INFORMO	Tecnici della Prevenzione Assistenti Sanitari	1. Inserimento delle informazioni relative agli infortuni mortali o gravi nel programma INFORMO sulla base delle indicazioni regionali. 2. Inserimento nel Programma MALPROF del

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
2) MALPROF	<p>coordinato dall'Aas4 Medio Friuli tenuto conto dell'effettivo andamento infortunistico nell'ultimo triennio di dati disponibili.</p> <p>2. Inserimento nel Programma MALPROF di malattie professionali segnalate nel 2015, con trattazione (indagine) del caso conclusa nell'anno, e per cui risulti possibile o probabile un nesso di causalità o concausa con l'attività lavorativa svolta.</p>		75% delle malattie professionali segnalate nel 2015, concluse nell'anno, per cui risulti possibile o probabile un nesso di causalità o concausa con l'attività lavorativa svolta.
34. Mantenimento delle attività di sorveglianza per gli ex esposti ad amianto.	<p>Invio al Centro operativo regionale (COR) dei questionari ReNaM (Registro Nazionale dei Mesoteliomi) dei casi di mesotelioma segnalati nel primo semestre dell'anno, anche attraverso l'indagine condotta su familiari.</p>	<p>Dirigenti medici Tecnici della Prevenzione Professioni sanitarie</p>	Invio entro novembre 2015 di tutti i questionari ReNaM relativi ai casi segnalati nel primo semestre.

DIP – S.S.D. Servizio Sicurezza Impiantistica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
35. Esecuzione delle verifiche dei generatori di calore per gli impianti di riscaldamento nei condomini ai sensi del D.M. 1.12.75 e del DM 1.12.2004 n. 329	<p>1. Definizione delle procedure tecnico-amministrative, predisposizione della documentazione per le verifiche e formazione del personale</p> <p>2. Individuazione degli impianti/condomini/amministratori da verificare; esecuzione delle verifiche con relativi verbali e incombenze amministrative.</p>	<p>Responsabile di Struttura Tecnici della Prevenzione Personale amministrativo</p>	<p>1. Elaborazione della lista per i controlli in campo, produzione delle procedure per la registrazione informatica e incombenze amministrative</p> <p>2. Elaborazione di una lista di impianti da verificare ed esecuzione di almeno 33 verifiche di impianti di riscaldamento con relative pratiche a supporto</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
36. Analisi dei carichi di lavoro ed esecuzione delle verifiche di ascensori secondo intervenute disposizioni di legge e presenza soggetti abilitati	Individuazione e razionalizzazione delle verifiche di ascensori con incarico di verifica (suddivise per zona, scadenza amministratore e manutentore) con esecuzione di quelle più critiche	Tecnici della Prevenzione Personale amministrativo Ingegneri	Individuazione della lista di ascensori di prossima scadenza ed esecuzione di almeno 700 verifiche.
37. Aggiornamento ed implementazione delle procedure/gestione e modulistica delle verifiche come da recenti i disposizioni in materia	Aggiornamento delle tariffe di verifica nel programma gestionale della struttura secondo D.M. 11aprile2011 e Circ. Min 03.03.2015 Aggiornamento sito web del servizio con relativa modulistica e tariffari	Tutto il personale	Immissione delle nuove tariffe nel programma gestionale del servizio per l'emissione automatica delle proposte di fatturazione aggiornate Trasmissione al servizio informatico dei nuovi documenti e moduli per la pubblicazione sul sito.

DIP – Direzione – Area amministrativa

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
38. Armonizzazione del regolamento emesso rispettivamente da AAS1 e Azienda Ospedaliera in ottemperanza alla Legge sul divieto di fumo.	1. Esame collegiale dei provvedimenti regolamentari in essere. 2. Stesura di una proposta di regolamento unico per entrambe le aziende. 3. Trasmissione della proposta al Commissario Straordinario	Tutto il personale tecnico, amministrativo e sanitario del comparto della Direzione della S.O Dipartimento di Prevenzione <i>In collaboraizone con Dipartimento delle Dipendenze Personale del S.P.P.A dell'Azienda Ospedaliera</i>	Redazione della proposta di regolamento unico per entrambe le aziende e trasmissione della stessa al Commissario Straordinario
39. Adozione di una procedura operativa aziendale per l'applicazione del D.lgs. 194/08	Analisi della normativa e delle indicazioni Ministeriali/regionali, predisposizione dei modelli operativi condivisi con la SC Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale	Tutto il personale tecnico e amministrativo della Direzione S.C. Igiene degli Alimenti e Nutrizione S.S. Tutela Igienico Sanitaria degli Alimenti di Origine Animale	Predisposizione ed adozione della procedura entro il 30/11/2015 (SI/NO)

DIP – S.S. Medicina del Lavoro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
<p>41. Promozione della salute focalizzata sulla prevenzione dell'obesità, sovrappeso e sottopeso in un gruppo di lavoratori di ditte/Enti Convenzionati con la nostra struttura</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione del BMI in corso di visita medica di lavoratori che accedono alla nostra struttura. 2. Predisposizione di questionario da autosomministrare per valutare le abitudini alimentari e di vita che possano essere causa di obesità, sovrappeso, sottopeso. 3. Counselling breve in caso di BMI pari/superiore a 25 o inferiore a 18, focalizzato sulle scorrette abitudini di vita emerse dall'anamnesi e dal questionario 4. Invio al medico curante di tutti i lavoratori individuati a rischio per BMI pari o superiore ai 25 	<p>Responsabile della Struttura Personale del Comparto</p>	<p>Almeno 300 lavoratori sottoposti a visita medica, valutazione del BMI, ed in caso di BMI pari/superiore ai 25 o inferiore ai 18, informati e sottoposti a counselling breve focalizzato sugli stili di vita corretti</p>
<p>42. Promozione della salute e prevenzione degli infortuni lavorativi in un gruppo di lavoratori di una P.A e che rientrano nelle mansioni a maggior rischio infortunistico anche nei confronti di terzi riportati dalla Conferenza Stato Regioni.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilizzare il datore di lavoro ad individuare il gruppo di lavoratori che rientrano nelle mansioni a maggior rischio infortunistico anche nei confronti di terzi, riportate negli elenchi di cui alle Conferenze Stato Regioni ex DPR 309/90. 2. Intervento informativo/formativo in materia di utilizzo di sostanze psicotrope e stupefacenti. 3. 	<p>S.S. Medicina del Lavoro Responsabile della Struttura Personale del Comparto</p> <p>S.S Laboratorio di Tossicologia Forense Dirigente chimico Tecnico di Laboratorio</p>	<p>Almeno 70 lavoratori testati</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	Avvio dei lavoratori informati, da parte del datore di lavoro, alla S.S. di Medicina del lavoro per l'esecuzione del test di ricerca di stupefacenti/sostanze psicotrope urinarie (test di 1 livello)		
43. Prevenzione degli infortuni e delle malattie correlate al lavoro nell'ambito di una politica di promozione dell'invecchiamento attivo sul luogo di lavoro in una popolazione di lavoratori di una pubblica amministrazione	<ol style="list-style-type: none"> 1. Predisposizione di questionari da autosomministrare volti ad indagare le abitudini in materia di consumo di alcol, fumo, abitudini alimentari 2. Analisi del questionario in corso di visita medica e counselling breve focalizzato sulle eventuali abitudini scorrette emerse da anamnesi e questionari 3. Invio a centro di secondo livello per approfondimento diagnostico in caso di problematiche alcol correlate, fumo correlate, obesità e sovrappeso correlate 4. Comunicazione ed invito di presa in carico al medico curante dei lavoratori con problematiche relative al consumo di alcol, fumo, abitudini alimentari 	S.S. Medicina del Lavoro Responsabile della Struttura	Almeno 300 soggetti visitati d'età pari/superiore ai 55 anni Interventi informativi e di counselling breve personalizzati in materia di corretti stili di vita

DIP – S.S. Laboratorio di Tossicologia Forense

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
44. Predisporre analisi di screening per l'etilglucuronide urinario (marker dell'abuso	1. Sperimentare ed applicare a campioni urinari una nuova metodica di screening per implementare il pannello dell'offerta	S.S Laboratorio di Tossicologia Forense Dirigente chimico Tecnico di Laboratorio	1. Analisi di tutti i campioni richiesti attraverso il D.D.D. sostanze legali entro il 31/12/2015.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
alcolico) come test utilizzabile dal D.D.D. sostanze legali per il completamento diagnostico e monitoraggio di pazienti in trattamento.	analitica nella ricerca di droghe d'abuso 2. Predisporre l'eventuale analisi di conferma per fornire anche il dato con valenza forense sulla strumentazione gascromatografo con rivelatore di massa.		2. Analisi di tutti campioni a valenza medico-legale richiesti attraverso il D.D.D. sostanze legali entro il 31/12/2015.
45. Predisporre analisi di droghe d'abuso su campioni ematici ed urinari ai fini dell'applicazione della legge 66/1996 contro la violenza sessuale in collaborazione coll' Ist. Med. Legale, e con l'IRCCS "Burlo Garofolo" (protocollo con la Procura della Repubblica del Tribunale di Trieste)	1. Sperimentare ed applicare a campioni ematici ed urinari nuove metodiche a valenza forense sulla strumentazione gascromatografo con rivelatore di massa. 2. Predisporre l'analisi di screening urinario per la ricerca della ketamina, stupefacente di nuova generazione con eventuale analisi di conferma	S.S Laboratorio di Tossicologia Forense Dirigente chimico Tecnico di Laboratorio	1. Tutti i campioni richiesti attraverso il Pronto Soccorso Ostetrico/Ginecologico dell'IRCCS "Burlo Garofolo" a fini medico-legali legge 66/96 entro il 31/12/2015 (valore di riferimento per il 2014: 15 campioni). 2. Tutti i campioni richiesti attraverso il Pronto Soccorso Ostetrico/Ginecologico dell'IRCCS "Burlo Garofolo" a fini medico-legali legge 66/96 entro il 31/12/2015.

DIP- S.C. Igiene degli Alimenti e Nutrizione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
46. Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale della sicurezza alimentare e nutrizionale	Programmazione, monitoraggio e rendicontazione dell'attività della Struttura, finalizzata al raggiungimento dei risultati attesi	Tutto il personale SCIAN	- Almeno 612 interventi ispettivi - Almeno 6 audit - Effettuazione del 100% dei campionamenti di alimenti previsti dal piano - Almeno 350 valutazioni del rischio - Almeno 6 controlli congiunti SCIAN e Servizio veterinario
47. Verifica e monitoraggio della effettiva adozione delle linee guida regionali 3 mesi-3 anni in 10 nidi d'infanzia	verifica in 10 nidi della rispondenza tra il servizio previsto e il servizio offerto elaborazione report che analizzi i punti di forza e di debolezza	Responsabile SCIAN Tecnici della prevenzione Dietista Servizio delle Professioni Sanitarie (assistente sanitario)	rilevazione punti di forza e punti di debolezza del servizio di ristorazione di almeno 10 nidi del territorio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
48. Valutazione dell'efficacia del progetto sperimentale di semplificazione dell'autocontrollo nelle microimprese del settore alimentare	Verifica presso dell'efficacia della semplificazione sperimentata nel 2014 da organi terzi. Elaborazione valutazione conclusivo	Responsabile SSIAB	Verifica presso almeno 7 imprese
49. Evento rivolto a Comuni, imprese, scuole, famiglie per condividere i risultati emersi dal counselling nutrizionale svolto nel 2014 nella ristorazione scolastica	definizione dei contenuti allo scopo di integrare i risultati del lavoro 2014 con le strategie delineate dai piani di prevenzione 2014-2018 coinvolgimento delle Amm. comunali, imprese di ristorazione, referenti scolastici, rappresentanti genitori realizzazione incontro/evento	Responsabile SCIAN	Realizzazione di un incontro/evento rivolto alle Amministrazioni comunali, alle imprese di ristorazione, ai referenti scolastici, ed ai rappresentanti dei genitori

DIP – S.C. Accertamenti Clinici di Medicina Legale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
50. Sperimentazione percorsi personalizzati, utilizzando lo strumento del budget di salute , per invalidi con indennità di accompagnamento del Distretto 3	1. Dedicare le sedute della 8 commissione a utenti del D 3 2. Creazione congiunta e applicazione di una scheda di rilevazione di : -necessità di un percorso distrettuale - già attivato -da attivare -da modificare 3. Raccordo e attivazione delle strutture di riferimento del D3 per l'attivazione della presa in carico ove necessaria o della	Direttore di Struttura dott. Goliani in collaborazione Distretto 3 Direttore del Distretto 3 Dott. A. Pianca Dirigente infermieristica SSD Servizio Infermieristico distrettuale Dott. Ofelia Altomare Responsabile infermieristica S.C. tutela Salute A.A. Dott.ssa Gabriella D'Ambrosi	1,3. Tutte le persone del D3 vengono valutate dall'8 commissione. Report annuale con evidenza di quante persone risultano durante la valutazione dell'8 commissione, già prese in carico dal Distretto, quante sconosciute, quante con necessità di modifica del percorso in atto. 31.12.2015 4,5. Presenza procedura e scheda 30.06.2015 6. Relazione finale sui risultati su casistica di

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	<p>modifica degli interventi già in atto per tutti i pazienti dell'8 commissione</p> <p>4. Definizione congiunta da parte strutture coinvolte di una procedura per redazione di un progetto personalizzato per i pazienti del D3 con indennità di accompagnamento riconosciuta</p> <p>5. Creazione applicazione della scheda di progetto. esame delle schede e redazione congiunta di progetti personalizzati con budget di salute per almeno 50 pazienti del D3</p> <p>6. Ottenuto il consenso informato , segnalazione alle strutture di riferimento e monitoraggio delle persone che si presentano in 8 commissione con diagnosi di ca e prognosi infausta per proporre una visita a domicilio di informazione sui percorsi di salute e la presa in carico territoriale.</p> <p>7. Creazione di un registro dedicato</p>	<p>Coordinatrice SSD Riabilitazione Dott.ssa Gabriella Cernigoi</p>	<p>almeno 50 pazienti nel corso dell'anno, per verificare l'efficacia della distrettualizzazione e le ricadute di un percorso personalizzato sulla pratiche assistenziali</p> <p>31.12.2015</p>
<p>51. Redazione protocollo per visite collegiali a dipendenti AOOUTS, AAS n 1 e Burlo</p>	<p>1. Riunioni tra le strutture interessate, SCACML Uffici del Personale di AAS n 1 AOOUTS e Burlo per esame normativa e classificazione casistica per identificare i percorsi più razionali</p> <p>2. Definizione di procedure semplificate appropriate per le varie tipologie di visite</p>	<p>Direttore Struttura Tutto il Personale di Comparto della Struttura</p>	<p>Adozione di un nuovo protocollo operativo con la definizione di procedure condivise per le visite collegiali</p>

DIP – S.S. Deontologia e Responsabilità Professionale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
<p>52. Assicurare l'intervento diretto dell'Azienda nei procedimenti giudiziari che la riguardano, in particolare in tema di responsabilità professionale sanitaria (AaS1 – AOOTS) presidiando attivamente per il tramite del proprio consulente medico legale le diverse fasi della consulenza tecnica d'ufficio (C.T.U.) (inizio operazioni peritali, prosecuzione delle operazioni, osservazioni alla bozza di consulenza, osservazioni all'elaborato depositato)</p> <p>Assicurare la conoscibilità tempestiva da parte dell'Azienda convenuta delle criticità presenti con conseguente possibilità di una eventuale precoce risoluzione transattiva a minore impatto economico.</p>	<p>Concreta partecipazione dell'Azienda convenuta (ASS1 e AOOTS) nelle attività di C.T.U. per il tramite del proprio consulente tecnico di parte fisicamente presente alle operazioni peritali.</p>	<p>Responsabile della Struttura Personale amministrativo della S.C. Accertamenti Clinici di Medicina Legale</p>	<p>Partecipazione fisica in almeno il 75% dei procedimenti e produzione di un report di sintesi dell'attività di consulenza nel 100% dei procedimenti cui si è fisicamente preso parte</p>

OBIETTIVI TRASVERSALI – TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
A. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, con cadenza periodica.	Effettuare il monitoraggio semestrale ed annuale dei termini dei procedimenti di competenza rientranti nel PTPC, con l'obbligo di segnalare eventuali scostamenti o anomalie riscontrate, da inviare ai fini della pubblicazione al Responsabile della Trasparenza	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (V. tabella allegata).	Trasmissione del report al Responsabile della Trasparenza ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro il 15 gennaio dell'anno
B. Valutazione delle modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi di competenza a maggiore rischio di corruzione.	Formulazione di una proposta operativa ai fini dell'applicazione del principio della rotazione periodica del responsabile del procedimento, tenuto conto della necessità di garantire la continuità delle attività della struttura e temperando l'esigenza, ove riscontrata, dell'impiego delle competenze e delle specializzazioni acquisite.		Trasmissione del documento di analisi e proposta alla Direzione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 0.11.2015 .
C. Rotazione degli incarichi nell'ambito dell'attività di vigilanza,.	Formulazione di una proposta operativa ai fini dell'applicazione del principio della rotazione periodica del personale a cui sono affidate attività di vigilanza, sotto il profilo delle aree territoriali di attribuzione.	Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione o altro personale della struttura da questi individuato.	Trasmissione del documento di analisi e proposta alla Direzione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 30.11.2015.

MACRO ATTIVITA'	ATTIVITA'/PROCESSO	S.O. / S.C. / S.S.
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera A	1. autorizzazioni/concessioni 2. certificazioni 3. sopralluoghi/ispezioni 4. autorizzazione incarichi ex art. 53 D.Lgs 165/2001 s.m.i.	1. Dipartimento di Prevenzione 2. Dipartimento di Prevenzione 3. Dipartimento di Prevenzione/SC Assistenza Farmaceutica 4. SC Gevap
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera B	1. affidamento lavori, servizi, forniture ex D.Lgs 163/2006 s.m.i., proroga dei contratti 2. affidamento lavori, servizi, forniture ex L. 109/94 s.m.i., proroga dei contratti 3. affidamento incarichi consulenza legale/difesa in giudizio, proroga dei contratti	1. SC Programmazione e Controllo Acquisti 2. SC Immobili e Impianti 3. SC Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera C	1. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici/privati 2. rimborso erogazione farmaci	1. DSM/DDD/DIP/Distretti/strutture di direzione amministrativa /strutture di direzione sanitaria/strutture di direzione strategica 2. SC Assistenza Farmaceutica
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera D	1. Concorsi pubblici per personale a tempo indeterminato/determinato 2. Conferimento incarichi esterni ex art. 7, c. 6 D.Lgs 165/2001 s.m.i., ex art. 15 octies D.Lgs 502/92 s.m.i. 3. Conferimento incarichi di docenza ad esterni 4. Reclutamento personale convenzionato (MMG/PLS/EST/SA)	1. SC Gevap 2. SC Gevap 3. SC Gevap 4. SS Gestione delle convenzioni di medicina generale e specialistica

Centro Cardiovascolare

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Presa in carico da parte dell'ambulatorio infermieristico degli assistiti con scompenso cardiaco segnalati dai reparti ospedalieri, per la prevenzione dei ricoveri a breve termine.	1.1 Revisione protocollo ambulatorio infermieristico di presa in carico delle segnalazioni ospedale-CCV degli assistiti con diagnosi di dimissione scompenso cardiaco 1.2 Contatto telefonico entro 7 gg dalla segnalazione per verifica stabilità clinica e aderenza ai programmi ed all'assunzione della terapia ed attivazione infermieristica del PDTA previsto dal protocollo 1.3 Valutazione infermieristica entro 30 giorni con analisi dei bisogni socio-sanitari ed eventuale attivazione della rete territoriale necessaria per garantire la stabilità clinica.	Dott. Andrea di Lenarda D.ssa Donatella Radini D.ssa Maria Macchiarella Personale oss ed amministrativo Tutti gli infermieri del Centro Cardiovascolare	1. Revisione protocollo al 30 aprile 2015 2. Contattato telefonico di tutti i pazienti segnalati con diagnosi di scompenso cardiaco a 7 gg dalla dimissione ospedaliera da 1 maggio 2015 a 31 ottobre 2015 3. Al 31.12.2015 incremento del 20% di nuove prese in carico infermieristiche assistiti con diagnosi di scompenso cardiaco rispetto al 2014
2. Implementazione attività ambulatorio infermieristico di Prevenzione Cardiovascolare (APC)	2.1 Revisione protocollo 2014 2.2 Realizzazione opuscolo informativo corretti stili di vita. 2.3 Implementazione della presa in carico degli utenti da parte dell'Ambulatorio Infermieristico APC da avviare a percorso "Sentirsi bene" in collaborazione con la Ginnastica Triestina 2.4 Implementazione giorni di presenza infermieristica alla S. Ginnastica Triestina per:	Dott. Andrea di Lenarda D.ssa Donatella Radini D.ssa Maria Rosaria Macchiarella Inf Michela Battiston Inf Salvatrice Cumbo Inf Alessandra Torricella	2.1 Revisione protocollo al 30 aprile 2015 2.2 Realizzazione opuscolo informativo al 30 giugno 2015 2.3 Presa in carico di + 30% assistiti entro il 31 agosto 2015 da avviare a percorso "Sentirsi bene". 2.4 Implementazione da 1 a 2 gg/settimana della presenza infermieristica presso la Ginnastica Triestina da settembre 2015.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	a) valutazioni clinico/strumentali /benessere psicologico, ove necessario rinforzo motivazionale ; b) rilevazione del peso corporeo (una volta al mese); c) colloquio con fisioterapista per valutazione programma attività fisica		
3. Miglioramento della appropriatezza delle richieste interne di esami ecocardiografici	3.1 Audit interno sulla appropriatezza prescrittiva su un campione di esami ecocardiografici eseguiti presso il CCV 3.2 Riunione interna per la condivisione delle LG SIEC ECO 2010 sui criteri di appropriatezza della prescrizione ecocardiografica. 3.3 Introduzione dei campi di codifica del livello di appropriatezza nel referto C@rdionet e valutazione di appropriatezza da parte degli operatori ecocardiografisti 3.4 Rivalutazione dei livelli di appropriatezza utilizzando la codifica inserita in C@rdionet dagli operatori ecocardiografisti.	Dr. Claudio Pandullo D.ssa Antonella Cherubini Dr. Giorgio Faganello D.ssa Eliana Grande Dr. Carmine Mazzone D.ssa Giulia Russo Inf Endria Casanova Borca Inf Tiberio Pontoni	3.1 Analisi e valutazione dell'appropriatezza su un campione di 30 echi consecutivi richiesti nel periodo 1-15 marzo 2015, entro 30 aprile 2015 3.2 Preparazione protocollo operativo interno secondo le LG SIEC 2010 relative alla corretta prescrizione degli esami ecocardiografici entro il 30 maggio 2015. 3.3 Parametrizzazione della cartella clinica C@rdionet ed inserimento in >50% degli ecocardiogrammi eseguiti dal 1/6/2015 al 31/10/2015. 3.4 Analisi mediante estrazione da BO/SAS dell'appropriatezza prescrittiva utilizzando la codifica inserita nel referto C@rdionet entro 31/12/2015.
4 Screening della cardiopatia ischemica in	4.1 Stesura protocollo operativo 4.2	Dr . Maurizio Fiscaro Inf. Nadia Zeriali	4.1 Stesura di un protocollo operativo entro il 1/6/2015

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>soggetti afferenti al CCV senza diagnosi di cardiopatia ischemica ma con profilo di rischio cardiovascolare molto alto secondo gli SCORE della Società Europea di Cardiologia.</p> <p>Ristratificazione del rischio mediante valutazione ECD dei TSA</p>	<p>Valutazione cardiologica completa nei pazienti con score di rischio molto alto e stratificazione del profilo di rischio cardiovascolare</p> <p>4.3 Valutazione mediante ECD dei TSA ed identificazione di una patologia subcritica ($\geq 50-70\%$) e critica ($\geq 70\%$ di stenosi). Invio a test d'induzione per ischemia miocardica (test da sforzo, ecocardiografia stress farmacologico, ecocardiografia con stress fisico) in presenza di stenosi carotidea $\geq 50\%$</p> <p>4.4 Presenza in carico dei pazienti con test d'induzione positivo per cardiopatia ischemica e che necessitano di approfondimento diagnostico e terapeutico</p>		<p>4.2 Nel 2014, tra i 1996 soggetti a rischio molto alto senza cardiopatia ischemica, 412 hanno eseguito ECD dei TSA (21%); di questi 121 avevano una stenosi $\geq 50\%$. Indicatore di presa in carico per screening del 5% relativo in più rispetto al 2014 entro 31 ottobre 2015.</p> <p>4.3 Invio ai test d'induzione per ischemia miocardica di almeno il 50% pazienti con stenosi carotidea subcritica e critica che non presentino controindicazioni o neghino il consenso ai test di induzione entro il 31 dicembre 2015..</p> <p>4.4 Presenza in carico di tutti i pazienti con test d'induzione positivo per cardiopatia ischemica e che necessitano di approfondimento diagnostico e terapeutico</p>
<p>5 . Miglioramento dell'integrazione territorio-ospedale-territorio nella gestione del paziente con fibrillazione atriale.</p>	<p>5.1 Formalizzazione di un protocollo condiviso con PS, Cardiologia, Cardiocirurgia, DAI Medicina sul PDTA del paziente con fibrillazione atriale candidato CVE.</p> <p>5.2 Raccolta delle segnalazioni inviate al CCV da parte dell'AOUTS (PS, Cardiologia, Cardiocirurgia e reparti di Medicina) di pazienti dimessi con fibrillazione atriale</p> <p>5.3 presa in carico per completamento diagnostico, follow-up ed eventuale cardioversione dei pazienti segnalati.</p>	<p>Dott A. Di Lenarda D.ssa E. Grande Dr.C. Mazzone D.ssa D. Radini D.ssa Maria Rosaria Macchiarella Tutto il personale infermieristico e medico del CCV.</p>	<p>5.1 Stesura del protocollo entro 30/6/2015</p> <p>5.2 Valutazione del numero di segnalazioni appropriate (per necessità di completamento diagnostico, indicazione a CVE o follow-up) di pazienti dimessi dal 1/7/2015 al 31/10/2015.</p> <p>5.3 Presenza in carico di almeno 70% dei pazienti segnalati e considerati appropriati per l'avvio del previsto PDTA cardiovascolare (valutazione per CVE).</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>6. Migliorare i percorsi diagnostici terapeutici (PDTA) tra ospedale e territorio per il paziente cardiopatico affetto da cardiopatia ischemica (CI) e monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva della terapia con statina in questi pazienti</p>	<p>6.1 Migliorare i percorsi del paziente cardiopatico affetto da CI dopo la dimissione dalla SC Cardiologia e il periodo di riabilitazione cardiologica e favorire la presa in carico territoriale al Centro Cardiovascolare (CCV)</p> <p>6.2 Monitorizzare l'appropriatezza prescrittiva.</p> <p>6.3 Monitorizzare il raggiungimento dei target terapeutici e l'aderenza alla terapia con statine nel paziente con CI preso in carico all'Amb Cardiopatico cronico (ACC) del CCV in rapporto alle linee guida internazionali e le indicazioni della DCS FVG.</p>	<p>Dott.ssa Antonella Cherubini Dott. Andrea Di Lenarda e medici del Centro Cardiovascolare</p> <p>In collaborazione con Dott.ssa Patrizia Maras Prof Gianfranco Sinagra</p>	<p>1. Formalizzazione del PDTA tra Riabilitazione del Cardiopatico (RC) e ACC del CCV per la presa in carico del paziente con CI (pregressa sindrome coronarica acuta, infarto miocardico NSTEMI e STEMI) al 15/6/15</p> <p>2. Monitorizzazione del flusso di pazienti con cardiopatia ischemica segnalati dalla RC all'ACC con lo scopo di eseguire il primo controllo territoriale <u>entro 15 mesi dall'ultima visita ospedaliera nel 70%</u> dei pazienti affetti da cardiopatia ischemica al 31/10/15</p> <p>3. Monitorizzazione della percentuale di pazienti con CI visitati all'ACC in statina con l'obiettivo di avere almeno l'80% dei pazienti in statina, almeno l'80% dei pazienti in statina generica, almeno il 60 % dei casi con valori di LDL-c <100 mg/dl ed almeno il 25% dei casi con LDL <70 mg%.</p>
<p>7. PAL 3.3.1 Lo sviluppo dell'assistenza primaria: presa in carico della persona e redazione piano assistenziale individuale</p>	<p>7.1 Organizzazione di 4 riunioni (1 per RSA) per diffusione del PDTA del Paziente con Scenpense Cardiaco dell'AAS 1-AOUTS</p> <p>7.1 Valutazione dei pazienti con diagnosi principale di scompenso cardiaco, avviati a percorso di dimissione protetta in RSA</p> <p>7.2 Presa in carico dei pazienti con diagnosi principale di scompenso cardiaco, dimessi dalle RSA per prosecuzione cure</p>	<p>Dr. F.Humar Tutto il Personale Medico Tutto il personale Infermieristico Tutto il personale Amministrativo del SC Centro Cardiovascolare</p>	<p>7.2 N. Riunioni organizzative presso RSA (4 riunioni - 1 per ciascuna RSA) al 30.06.2015</p> <p>7.3 N. pazienti valutati in RSA: incremento minimo del 10% rispetto al n. paz. presi in carico nel 2014 al 31.10.2015.</p> <p>7.3 N. pazienti presi in carico entro 3 mesi dalla dimissione dalla RSA: incremento minimo del 10% rispetto al n. paz. presi in carico nel 2014 al 31.10.2015.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>8 Condivisione dei percorsi tra SC CCV, CSO, Oncologia e SC Cardiologia nel paziente oncologico in trattamento con farmaci potenzialmente cardiotossici</p>	<p>8.1 Creazione di un PDTA condiviso tra le SC di Cardiologia e Oncologia dell'Azienda Ospedali Riuniti di Trieste e le SC Centro Cardiovascolare e Centro Sociale Oncologico dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.1 Triestina</p> <p>8.2 Formalizzazione dell'attuale modalità di presa in carico presso le strutture cardiologiche AOOTS e AAS1 dei pazienti oncologici che possono sviluppare cardiotossicità o che hanno già una cardiopatia nota</p> <p>8.3 Implementazione del PDTA attraverso la reciproca collaborazione e supporto clinico-strumentale tra le strutture cardiologiche AOOTS e AAS1 che collaborano con le due SC di Oncologia e CSO</p>	<p>Dr. A. Di Lenarda Dr.ssa G. Russo</p> <p>In collaborazione con Prof G. Sinagra Dr.ssa L. Massa Dr.ssa R. Ceccherini Dr..ssa A. Guglielmi</p>	<p>8.1 Al 30 giugno 2015 creazione di un protocollo condiviso tra AOOTS e AAS1 sul PDTA tra Ospedale e Territorio per i pazienti cardiooncologici</p> <p>8.2 Esecuzione dell'80% delle richieste di visita cardiologica ed ECG/ECO da parte delle strutture cardiologiche entro i tempi richiesti dalla SC CSO ed Oncologia</p> <p>8.3 Analisi dei PDTA utilizzati, verifica dei carichi di lavoro, dei bisogni insoddisfatti, degli appropriati aggiustamenti organizzativi da attuare nel 2016.</p>

OBIETTIVI TRASVERSALI – TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
A. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, con cadenza periodica.	Effettuare il monitoraggio semestrale ed annuale dei termini dei procedimenti di competenza rientranti nel PTPC, con l'obbligo di segnalare eventuali scostamenti o anomalie riscontrate, da inviare ai fini della pubblicazione al Responsabile della Trasparenza	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del report al Responsabile della Trasparenza ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro il 15 gennaio dell'anno
B. Valutazione delle modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi di competenza a maggiore rischio di corruzione.	Formulazione di una proposta operativa ai fini dell'applicazione del principio della rotazione periodica del responsabile del procedimento, tenuto conto della necessità di garantire la continuità delle attività della struttura e temperando l'esigenza, ove riscontrata, dell'impiego delle competenze e delle specializzazioni acquisite.	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del documento di analisi e proposta alla Direzione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 30.11.2015 .

MACRO ATTIVITA'	ATTIVITA'/PROCESSO	S.O. / S.C. / S.S.
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera A	1. autorizzazioni/concessioni 2. certificazioni 3. sopralluoghi/ispezioni 4. autorizzazione incarichi ex art. 53 D.Lgs 165/2001 s.m.i.	1. Dipartimento di Prevenzione 2. Dipartimento di Prevenzione 3. Dipartimento di Prevenzione/SC Assistenza Farmaceutica 4. SC Gevap
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera B	1. affidamento lavori, servizi, forniture ex D.Lgs 163/2006 s.m.i., proroga dei contratti 2. affidamento lavori, servizi, forniture ex L. 109/94 s.m.i., proroga dei contratti 3. affidamento incarichi consulenza legale/difesa in giudizio, proroga dei contratti	1. SC Programmazione e Controllo Acquisti 2. SC Immobili e Impianti 3. SC Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera C	1. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici/privati 2. rimborso erogazione farmaci	1. DSM/DDD/DIP/Distretti/strutture di direzione amministrativa/strutture di direzione sanitaria/strutture di direzione strategica 2. SC Assistenza Farmaceutica
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera D	1. Concorsi pubblici per personale a tempo indeterminato/determinato 2. Conferimento incarichi esterni ex art. 7, c. 6 D.Lgs 165/2001 s.m.i., ex art. 15 octies D.Lgs 502/92 s.m.i. 3. Conferimento incarichi di docenza ad esterni 4. Reclutamento personale convenzionato (MMG/PLS/EST/SA)	1. SC Gevap 2. SC Gevap 3. SC Gevap 4. SS Gestione delle convenzioni di medicina generale e specialistica

Centro Sociale Oncologico

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Adeguatezza tempi di attesa	Garantire l'appropriatezza dei tempi nell'erogazione del servizio e della terapia	Silva Foladore Angela Denaro Carla Dellach Salvi Ales Laura Danieli Rossana Tonelli Manola Iaia Marzia Sisto Claudia Mauro Patrizia Gregorich Martina Matarrese	1.1 Apertura della cartella elettronica entro 3 gg dal ricevimento della documentazione completa nel 100% dei casi 1.2 Erogazione della prima visita oncologica entro 10 giorni dall'arrivo della documentazione completa > 90% dei pazienti da sottoporre a trattamento chemioterapico 1.3 Inizio del trattamento chemioterapico entro 15 giorni dall'erogazione della prima visita > 90% dei pazienti 1.4 Erogazione entro 48 ore dalla richiesta delle visite senologiche urgenti > 90% <i>(Dati reperibili dal G2 clinico)</i> 31/12/2015
2. Adeguatezza prescrittiva	Verifica appropriatezza della prescrizione dei farmaci ad alto costo impiegati nelle patologie prese in carico presso il CSO. Analisi delle richieste di Trastuzumab, Pertuzumab, Trastuzumab-emtansine, Bevacizumab, Sunitinib, , Cetuximab, , Everolimus, , Panitumumab, Imatinib Lapatinib	Silva Foladore Angela Denaro Marzia Sisto Manola Iaia Sossi Arianna Klancic Donatella Straniero Maria Sila Barbara	100% delle prescrizioni coerenti con le indicazioni registrative dei farmaci indicati. <i>(FONTE G2 clinico, Registro AIFA)</i> 31/12/2015

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>3. Screening Oncologici. Prosecuzione e consolidamento delle attività</p>	<p>1. Programmazione percorsi di II° livello ai positivi I° livello diretta da parte del personale a)mammella: esito positivo di Mx di screening viene trasmesso alla segreteria del II livello presso il CSO che provvede a contattare <u>telefonticamente tutte</u> le pazienti e a fissare l'appuntamento per l'approfondimento diagnostico da eseguire presso la radiologia AOTS b)colon. Tutti i FOBT positivi vengono contattati telefonticamente dal personale della segreteria del II livello per colloquio e organizzazione appuntamento per la colonscopia 2. Richiamo telefonico dei pazienti "indecisi" e invio raccomandate per presa atto di eventuale rifiuto</p>	<p>Carla Dellach Claudia Mauro Patrizia Gregorich Martina Matarrese Laura Danieli Salvi Ales Sila Barbara</p>	<p>100% offerta di II° livello ai positivi del primo livello</p> <p>31/12/2015</p>
<p>4. Cure palliative Mantenimento e miglioramento delle attività di consulenza oncologica in essere</p>	<p>Offrire risposte con appropriata tempistica alle richieste di consulenze oncologiche domiciliari (richieste da strutture ospedaliere o territoriali o da MMG)</p>	<p>Antonio Murrone Maria Bartolini Fausta Lorenzon Lorena Castellani Donatella Klancic Rossana Tonelli Maria Straniero</p>	<ul style="list-style-type: none"> - entro tre giorni lavorativi dall'arrivo della richiesta per visite richieste con carattere di priorità - entro 10 giorni dalla richiesta per i controlli <p>90% dei casi con rispetto delle tempistica indicata</p> <p><i>(Fonte registri CSO e G2 : registrazione impegnative : data arrivo, data erogazione visita)</i></p> <p>31/12/2015</p>
<p>5.</p>	<p>Favorire il decesso dei pazienti</p>	<p>Maria Bartolini</p>	<p>Decesso al di fuori dell'ospedale</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Cure palliative Miglioramento dell'assistenza nella fase di terminalità	oncologici in strutture extraospedaliere	Antonio Murrone Fausta Lorenzon Lorena Castellani Arianna Sossi	(domicilio, Hospice, RSA) >65% dei pazienti in carico al servizio di cure palliative del CSO
6. Formazione del personale	<p>Programmata una attività di FSC sul tema: Creazione di linee guida sui principali effetti collaterali dei farmaci oncologici attraverso l'integrazione delle conoscenze teoriche con l'esperienza del gruppo di assistenza (accreditamento regionale) per tutto il personale del CSO</p> <p>Metodologia: a) Creazione di 3 gruppi di lavoro (5 operatori coordinati da un tutor b) lavoro individuale (ricerca-studio-prima elaborazione), c) successivo lavoro di gruppo (discussione e riorganizzazione) d) lavoro in sessione plenaria con discussione collegiale</p> <p>Le 4 fasi porteranno alla produzione di un documento condiviso che potrà essere utilizzato per predisporre opuscoli informativi per i pazienti</p>	D.ssa Rita Ceccherini Responsabile SS chemioterapia ff Direttore SC CSO	<p>Preparazione della proposta e avvio per l'accreditamento regionale entro il 30/4/2015</p> <p>Inizio dell'attività di FSC entro il 15 maggio 2014</p> <p>Partecipazione di almeno il 90% del personale del CSO</p> <p>Produzione di un documento di linea guida interna aggiornata per gli operatori per il trattamento degli effetti collaterali dei trattamenti antitumorali</p> <p>31/12/2015</p>
7. Condivisione dei percorsi tra SC CCV, CSO, Oncologia e SC Cardiologia nel paziente oncologico in trattamento con farmaci potenzialmente cardiotossici	<p>Creazione di un PDTA condiviso tra le SC di Cardiologia e Oncologia dell'Azienda Ospedali Riuniti di Trieste e le SC Centro Cardiovascolare e Centro Sociale Oncologico dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.1 Triestina</p> <p>Preso in carico dei pazienti oncologici che, secondo il PDTA condiviso, possono sviluppare cardiotossicità o</p>	Dr.ssa R. Ceccherini In collaborazione con Dr.ssa A. Guglielmi Dr. A. Di Lenarda Dr.ssa G. Russo Prof G. Sinagra Dr.ssa L. Massa	<p>All 30 giugno 2015 creazione del protocollo che specifichi il PDTA tra Ospedale e Territorio attraverso un incontro congiunto</p> <p>Esecuzione dell'80% delle richieste di visita cardiologica ed ECG entro i tempi richiesti dalla SC CSO ed</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	che hanno già una cardiopatia nota Possibilità di implemento dei PDTA attraverso la reciproca collaborazione e interscambio delle figure professionali cardiologiche che collaborano con le due SC di Oncologia e CSO		Oncologia 31/12/2015

OBIETTIVI TRASVERSALI – TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
A. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, con cadenza periodica.	Effettuare il monitoraggio semestrale ed annuale dei termini dei procedimenti di competenza rientranti nel PTPC, con l'obbligo di segnalare eventuali scostamenti o anomalie riscontrate, da inviare ai fini della pubblicazione al Responsabile della Trasparenza	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del report al Responsabile della Trasparenza ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro il 15 gennaio dell'anno
B. Valutazione delle modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi di competenza a maggiore rischio di corruzione.	Formulazione di una proposta operativa ai fini dell'applicazione del principio della rotazione periodica del responsabile del procedimento, tenuto conto della necessità di garantire la continuità delle attività della struttura e temperando l'esigenza, ove riscontrata, dell'impiego delle competenze e delle specializzazioni acquisite.	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del documento di analisi e proposta alla Direzione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 30.11.2015 .

MACRO ATTIVITA'	ATTIVITA'/PROCESSO	S.O. / S.C. / S.S.
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera A	1. autorizzazioni/concessioni 2. certificazioni 3. sopralluoghi/ispezioni 4. autorizzazione incarichi ex art. 53 D.Lgs 165/2001 s.m.i.	1. Dipartimento di Prevenzione 2. Dipartimento di Prevenzione 3. Dipartimento di Prevenzione/SC Assistenza Farmaceutica 4. SC Gevap
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera B	1. affidamento lavori, servizi, forniture ex D.Lgs 163/2006 s.m.i., proroga dei contratti 2. affidamento lavori, servizi, forniture ex L. 109/94 s.m.i., proroga dei contratti 3. affidamento incarichi consulenza legale/difesa in giudizio, proroga dei contratti	1. SC Programmazione e Controllo Acquisti 2. SC Immobili e Impianti 3. SC Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera C	1. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici/privati 2. rimborso erogazione farmaci	1. DSM/DDD/DIP/Distretti/strutture di direzione amministrativa/strutture di direzione sanitaria/strutture di direzione strategica 2. SC Assistenza Farmaceutica
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera D	1. Concorsi pubblici per personale a tempo indeterminato/determinato 2. Conferimento incarichi esterni ex art. 7, c. 6 D.Lgs 165/2001 s.m.i., ex art. 15 octies D.Lgs 502/92 s.m.i. 3. Conferimento incarichi di docenza ad esterni 4. Reclutamento personale convenzionato (MMG/PLS/EST/SA)	1. SC Gevap 2. SC Gevap 3. SC Gevap 4. SS Gestione delle convenzioni di medicina generale e specialistica

Sistema 118

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1</p> <p>3.3.3. Programmazione degli interventi socio-sanitari Sanità penitenziaria</p> <p>Mantenere le attività e i servizi già avviati nel precedente esercizio garantendo il coordinamento e l'integrazione tra le due amministrazioni coinvolte attraverso la creazione di nuovi protocolli di attività condivisi</p>	<p>Definizione e stesura di un protocollo per la gestione degli interventi di soccorso presso la Casa Circondariale Trieste" in collaborazione con la Posizione Organizzativa "Attività sanitarie nell'ambito del servizio di sanità penitenziaria"</p>	<p>1. Posizione Organizzativa Barbara Brajnik</p> <p>2. Infermiere Referente maxi emergenze e grandi eventi Emanuele Quargnal SS Sistema 118</p>	<p>Presentazione del protocollo alle Direzioni e formalizzazione dello stesso entro 31.12.2015</p>
<p>2</p> <p>3.4.8. Rischio clinico</p> <p>Governo clinico e sicurezza delle cure.</p> <p>Revisione e implementazione dell'Istruzione Operativa per la pulizia/disinfezione delle ambulanze con la parte relativa al rischio di contagio di Malattia da Virus Ebola</p>	<p>Predisposizione di una nuova Istruzione Operativa per la pulizia e disinfezione dei mezzi di soccorso in dotazione alla S.S. Sistema 118</p>	<p>Coordinatori Infermieristici (Mauro Milos e Moratto Alessandro) Referente gestione approvvigionamenti (Rita Luisa Anselmi) S.S. Sistema 118</p>	<p>Stesura definitiva dell'Istruzione Operativa ed avvio di una prova di addestramento entro il 31/12/2015</p>
<p>3</p> <p>Obiettivi di miglioramento/innovazione proposti dalla Struttura</p> <p>Implementazione di un processo finalizzato ad evitare accessi in Pronto Soccorso e ricoveri inappropriati.</p>	<p>1. Individuare le persone per cui viene attivato il servizio 118 non per motivi di emergenza/urgenza e interazione con la rete territoriale</p> <p>2. Incrementare le valutazioni infermieristiche sui codici verdi e bianchi, con eventuale attivazione del medico del Sistema 118 per</p>	<p>1. Infermieri Sistema 118</p> <p>2. Coordinatore Infermieristico Moratto Alessandro</p>	<p>1 Incremento delle segnalazioni ai servizi territoriali rispetto al 2014 (492)</p> <p>2. Incremento 10% n° valutazioni infermieristiche sui codici verdi e bianchi nel 2015 rispetto al n° del 2014 (706) <u>Fonte dati:</u> SIES 118</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	evitare l'accesso improprio in Ospedale.		
<p>4</p> <p>Obiettivi di miglioramento/innovazione proposti dalla Struttura</p> <p>Attuazione dei PDTA finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati</p>	<p>Attuazione del PDTA con segnalazione da parte del Sistema 118 ai Centri Diabetologici Distrettuali dei pazienti con diabete che hanno avuto un episodio di ipoglicemia severa, secondo le indicazioni della IO</p>	<p>1. Infermieri Sistema 118</p> <p>2. Posizione Organizzativa (Barbara Brajnik)</p>	<p>2. N° schede di segnalazione 118/ n° di persone diabetiche individuate con episodio di ipoglicemia severa =100%</p>
<p>5</p> <p>Governo clinico e sicurezza delle cure</p> <p>Revisione e implementazione di tutte le Istruzioni Operative e procedure che necessitano di nuova analisi rispetto alla tempistica di adozione.</p>	<p>1. Identificazione con specifico riferimento temporale di dette IO e procedure e suddivisione di esse secondo criteri di competenze professionali, al fine di creare gruppi di lavoro dedicati.</p> <p>2. Analisi e revisione delle IO e procedure assegnate al fine di raggiungere l'obiettivo</p>	<p>1. Responsabile Sistema 118 Vittorio Antonaglia</p> <p>2. Personale tecnico, amministrativo, infermieri e medici Sistema 118</p>	<p>Almeno il 95% delle IO e Procedure individuate secondo il criterio temporale di adozione, devono essere revisionate entro il 31/12/2015</p>
<p>6</p> <p>Obiettivi di miglioramento/innovazione proposti dalla Struttura</p> <p>Implementazione del percorso tra Sistema 118 e CCV, definito dall'I.O. 68 bis al fine di limitare l'accesso alle strutture ospedaliere per acuti, in modo particolare verso il Pronto Soccorso, dei pazienti con disturbi cardiologici e cardiocircolatori a basso rischio</p>	<p>Individuazione sulla scena pazienti con disturbi cardiologici e cardiocircolatori a basso rischio clinico mediante analisi strumentale teletrasmessa e contatto con il cardiologo del CCV.</p> <p>Eventuale accesso al CCV e completamento del percorso</p>	<p>Infermieri, medici e responsabile Sistema 118</p>	<p>Numero di pazienti non ospedalizzati con attivazione CCV/Numero di pazienti identificati sulla scena.</p> <p>Incremento del 40% rispetto al 2014.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>clinico.</p> <p>7</p> <p>Implementazione di una metodologia di valutazione oggettiva per l'identificazione dei pazienti con ictus mediante applicazione della scala di Cincinnati</p>	<p>1. Formazione del personale afferente al sistema 118 sull'utilizzo della scala di Cincinnati.</p> <p>2. Utilizzo della scala di Cincinnati durante il dispatch nelle chiamate di soccorso per problemi di natura neurologica.</p> <p>3. Uso sulla scena della scala di Cincinnati al fine di procedere alla corretta stadiazione nel percorso ictus e nella relativa rete di intervento in pz con problematiche neurologiche acute.</p>	<p>Infermieri e medici Sistema 118</p>	<p>1. Esecuzione della formazione di tutto il personale entro il 30 giugno 2015</p> <p>2. Raggiungimento di almeno il 90% della corrispondenza tra la valutazione effettuata durante la chiamata e quella riscontrata sulla scena. Rilevazione della % di fibrinolisi attuate rispetto al numero di casi individuati sul posto mediante la scala</p> <p>3. Raggiungimento entro il 31 dicembre 2015 almeno del 60% delle persone con sintomatologia riconducibile all'ICTUS che vengano valutati sulla scena con scala di Cincinnati.</p>
<p>MANCA</p>		<p>Vittorio Antonaglia</p>	

OBIETTIVI TRASVERSALI – TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
A. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, con cadenza periodica.	Effettuare il monitoraggio semestrale ed annuale dei termini dei procedimenti di competenza rientranti nel PTPC, con l'obbligo di segnalare eventuali scostamenti o anomalie riscontrate, da inviare ai fini della pubblicazione al Responsabile della Trasparenza	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del report al Responsabile della Trasparenza ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro il 15 gennaio dell'anno
B. Valutazione delle modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi di competenza a maggiore rischio di corruzione.	Formulazione di una proposta operativa ai fini dell'applicazione del principio della rotazione periodica del responsabile del procedimento, tenuto conto della necessità di garantire la continuità delle attività della struttura e temperando l'esigenza, ove riscontrata, dell'impiego delle competenze e delle specializzazioni acquisite.	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del documento di analisi e proposta alla Direzione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 30.11.2015 .

MACRO ATTIVITA'	ATTIVITA'/PROCESSO	S.O. / S.C. / S.S.
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera A	1. autorizzazioni/concessioni 2. certificazioni 3. sopralluoghi/ispezioni 4. autorizzazione incarichi ex art. 53 D.Lgs 165/2001 s.m.i.	1. Dipartimento di Prevenzione 2. Dipartimento di Prevenzione 3. Dipartimento di Prevenzione/SC Assistenza Farmaceutica 4. SC Gevap
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera B	1. affidamento lavori, servizi, forniture ex D.Lgs 163/2006 s.m.i., proroga dei contratti 2. affidamento lavori, servizi, forniture ex L. 109/94 s.m.i., proroga dei contratti 3. affidamento incarichi consulenza legale/difesa in giudizio, proroga dei contratti	1. SC Programmazione e Controllo Acquisti 2. SC Immobili e Impianti 3. SC Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera C	1. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici/privati 2. rimborso erogazione farmaci	1. DSM/DDD/DIP/Distretti/strutture di direzione amministrativa/strutture di direzione sanitaria/strutture di direzione strategica 2. SC Assistenza Farmaceutica
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera D	1. Concorsi pubblici per personale a tempo indeterminato/determinato 2. Conferimento incarichi esterni ex art. 7, c. 6 D.Lgs 165/2001 s.m.i., ex art. 15 octies D.Lgs 502/92 s.m.i. 3. Conferimento incarichi di docenza ad esterni 4. Reclutamento personale convenzionato (MMG/PLS/EST/SA)	1. SC Gevap 2. SC Gevap 3. SC Gevap 4. SS Gestione delle convenzioni di medicina generale e specialistica

Affari Giuridici e delle Attività di Supporto Direzionale

Segreteria della Direzione strategica - Funzione supporto alle progettazioni delle politiche aziendali e correlate funzioni di segreteria.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Riorganizzazione della Segreteria di Direzione, a seguito della riduzione dell'organico di una unità di personale.	1. Redazione di un elenco puntuale delle attività/funzioni di ciascuna articolazione della segreteria di Direzione (Ufficio del Commissario straordinario, Direzione sanitaria e Direzione amministrativa); 2. Analisi, con riferimento alle attività/funzioni garantite dagli uffici di cui al p.to 1, delle procedure/prassi operative rispettivamente in uso e delle metodologie di lavoro attuate per ciascuna di esse; 3. Divisione ragionata dei carichi di lavoro, con conseguente riassegnazione dei compiti al personale in forza agli uffici; 4. Elaborazione di una scheda sinottica riepilogativa delle conclusioni dell'azione <i>sub</i> precedente p.to 3.	Tutto il personale di Segreteria di Direzione Luisa Giove Brigida Romeo Maria Teresa Galimi Antonella Greco Igor Pischianz	Azioni 1 e 2 Invio alla Direzione strategica aziendale degli elenchi di attività entro il 30.06.2015. Azioni 3 e 4 Invio alla Direzione strategica aziendale della scheda sinottica riepilogativa entro il 31.12.2015.
2. Aggiornamento dei contenuti del Regolamento aziendale per la disciplina delle responsabilità e delle competenze dirigenziali nell'adozione di atti e provvedimenti amministrativi e nella definizione del processo di budget, adottato <i>ad ultimum</i> con	1. Analisi della normativa nazionale e regionale e dei contratti vigenti, disciplinanti le funzioni e le competenze <i>dirigenziali</i> nell'adozione di atti e provvedimenti amministrativi e nella definizione del processo di budget; 2. Verifica dell'adeguatezza dei contenuti del Regolamento approvato con provvedimento n.	Segreteria del Commissario straordinario Luisa Giove Brigida Romeo con la collaborazione della S.C. Finanza e Controllo Cinzia Contento	Invio alla Direzione strategica aziendale della bozza di decreto e regolamento con allegato Piano dei conti entro il 15.12.2015.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
deliberazione n. 107/2012, e relativo allegato, a seguito della riforma introdotta dalla L.R. 17/2014, delle disposizioni di cui al D.Lgs n. 118/2011 e dell'adozione del nuovo Piano dei conti regionale.	107/2012, alla luce delle risultanze dell'istruttoria; 3. Revisione dell'allegato Piano dei Conti, mediante l'associazione di ciascun conto di contabilità generale con il relativo centro di risorsa ed inoltro di tale documento provvisorio alle strutture aziendali; 4. Redazione del testo in bozza del Regolamento e del relativo allegato Piano dei Conti, nonché del provvedimento di adozione dello stesso.	Lorenzo Irimi	
3. Adweb: attivazione della nuova opzione di apposizione del visto informatico sui decreti aziendali da parte dei responsabili dei Centri di Risorsa (applicazione informatizzata delle disposizioni regionali in materia – cfr not@ della Direzione Centrale Salute, Integrazione sociosanitaria, Politiche sociali e Famiglia dd. 5.12.2014 avente ad oggetto Note operative riordino L.R. n. 17/2014).	1. Associazione profilo – tipo – atto – attività – modello; 2. Creazione per ogni titolare di altra password /utente parallela e supplementare a quella già in possesso per la distinzione dei ruoli; 3. Collegamento specifico sulla funzione nome/responsabile centro risorsa 4. Collegamenti opzione visto – firmatario – uffici proponenti; 5. Informativa indirizzata a tutto il personale al fine di illustrare l'intervenuta modifica del percorso all'interno dell'Adweb; 6. Trasmissione mirata ad ogni responsabile di Centro di Risorsa della propria password legata alla funzione di visto.	Segreteria della Direzione Amministrativa: Antonella Greco	Sveltimento dei percorsi burocratici. Applicazione delle direttive regionali in materia di decreti delle AAS 1 relativamente alle evidenze/tracce dei percorsi informatici in Adweb: invio dell'informativa esplicativa e delle singole comunicazioni ai Responsabili dei Centri di Risorsa aziendali entro il 30.09.2015.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
4. Sanità penitenziaria – gestione delle attività segretariali.	1. Protocollazione arrivo/partenza della corrispondenza relativa alla Sanità penitenziaria; 2. Espletamento degli adempimenti amministrativi correlati alla liquidazione dei compensi dei medici assegnati alla funzione; 3. Convocazione di incontri, riunioni etc. che riguardano e/o coinvolgono la sanità penitenziaria; 4. Elaborazione di una breve relazione illustrativa dell'attività svolta per conto della sanità penitenziaria nel corso dell'anno.	Segreteria della Direzione Sanitaria: Maria Teresa Galimi	Invio alla Direzione aziendale di una relazione illustrativa dell'attività svolta fino al 15.12.2015 entro il 31.12.2015.

AGASD – Funzione legale ed assicurativa

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Attivazione delle coperture assicurative per colpa grave della responsabilità civile professionale con oneri a carico degli operatori: delucidazioni al fine della scelta degli strumenti assicurativi più opportuni in ragione delle esigenze.	1. Analisi delle coperture assicurative vigenti per “la colpa grave”, attivabili sia dal personale dirigenziale che di comparto; 2. predisposizione di un sintetico vademecum utile al fine di consentire agli interessati una scelta della copertura individuale per colpa grave più confacente alle rispettive esigenze.	Donatella Bortuzzo Marta Dalla Costa	<i>Azioni 1.1. e 1.2.</i> Risultato: guida/vademecum Tempistica: entro il 30/06/2015
2. Puntuale ed esaustiva informazione in	1. Verifica delle condizioni e dei termini di	Donatella Bortuzzo Alessia Fratte	<i>Azioni 2.1 e 2.2.</i>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
ordine alla "copertura assicurativa contro i danni al patrimonio immobile e mobile per le Aziende del S.S. R". c.d. "All Risks" e semplificazione delle modalità di rilevazione dei dati d'interesse ai fini di garanzia	polizza risultanti dall'aggiudicazione del servizio a cura dell'EGASC- ex DSC- (cfr. determina ex DSC n. 955 dd. 04.12.2014); 2. Predisposizione di una circolare esplicativa delle più significative garanzie previste dalla nuova polizza "All Risks", corredata della relativa modulistica.		Risultato: circolare esplicativa e relativa modulistica Tempistica: entro il 30/09/2015
3. Aggiornamento della modulistica assicurativa relativa alle polizze "r.c. sperimentazioni no profit", "r.c. del dipendente pubblico incaricato della progettazione", "kasko" e "infortuni" a seguito del recente riordino del SSR del FVG ex art. 5, comma 2, della L.R.n. 17 dd. 16.10.2014 e del decreto Presidente della Regione n. 264/Pres. dd. 31.12.2014.	Rielaborazione/aggiornamento della modulistica assicurativa relativa alle coperture "r.c. sperimentazioni no profit", "r.c. del dipendente pubblico incaricato della progettazione", "kasko" e "infortuni"	Donatella Bortuzzo in collaborazione con Igor Pischianz (funzione di supporto segretariale)	Risultato: moduli aggiornati Tempistica: entro il 31/07/2015
4. Aggiornamento del Regolamento per la disciplina del patrocinio legale a favore dei dipendenti coinvolti in procedimenti giudiziari per atti o fatti connessi all'espletamento del servizio ed all'adempimento dei compiti d'ufficio, adottato con Deliberazione n. 270 dd. 24.07.2013 e della relativa modulistica.	4.1 Rielaborazione delle disposizioni regolamentari alla luce della recente normativa in tema di parametri per la liquidazione dei compensi per la professione forense e riesame degli attuali criteri applicativi dell'istituto; 4.2 Aggiornamento della modulistica allegata al regolamento	Alessia Fratte Marta Dalla Costa	Azioni 4.1. e 4.2. Risultato: bozza del Regolamento aggiornato e della relativa modulistica Tempistica: entro il 31/12/2015
5. Razionalizzazione della gestione delle procedure deflattive del contenzioso alla luce dei recenti interventi	1. Analisi delle disposizioni di cui al Capo II del D.L. n. 132 dd. 12.09.2014 convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della		1,2 Risultato: scheda sinottica Tempistica: entro il 31/10/2015

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
legislativi di cui al Capo II del D.L. n. 132 dd. 12.09.2014 convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della Legge n. 162 dd. 10.11.2014.	<p>Legge n. 162 dd. 10.11.2014, recante <i>“Misure urgenti di degiurisdizionalizzazione ed altri interventi per la deflazione dell’arretrato in materia di processo civile”</i>;</p> <p>2. Individuazione delle diverse forme deflattive del contenzioso ivi normate;</p> <p>3. valutazione di adeguatezza delle disposizioni formalizzate con delibere aziendali n. 74 dd. 28/02/2014 (conciliazione controversie di lavoro) e n. 374 dd. 05/09/2014 (mediazione civile) ed eventuale predisposizione di nuovo schema provvedimento aggiornato alla luce della novella introdotta con D.L. n. 132/2014.</p>	<p>Obiettivo dirigenziale</p> <p>Daniela Zaro</p>	<p>3. Risultato: schema provvedimento (eventuale) Tempistica: entro il 30/11/2015</p>

AGASD – Funzione SPPA

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Promozione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, formazione dei lavoratori secondo quanto previsto dall'accordo stato-regione	Predisposizione e attuazione eventi formativi residenziali in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro secondo quanto previsto dall'accordo stato-regione.	Fabio Aizza Mauro Travan Stella Lorenzi Roberto Pozzetto Riccardo Pascolutti Monica Minniti Rita Vucas	Almeno 6 eventi formativi residenziali in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro
2. Implementazione del controllo della catena del freddo nella conservazione di	Formazione sul campo ed addestramento dei preposti e degli operatori che utilizzano i frighi aziendali monitorati in rete, con	Mauro Travan Rita Vucas	Formazione ed addestramento di operatori in tutte le sedi interessate dal sistema x-web . - 31 dicembre 2015: 100% sedi con personale formato (almeno 2 persone per sede);

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
vaccini e farmaci tramite accesso da remoto nelle seguenti sedi allarmate: <ol style="list-style-type: none"> 1. D1 via Stock 2; 2. D1 Aurisina; 3. D2 via Pietà; 4. D2 via Vespucci; 5. D3 via Puccini; 6. D3 via Valmaura; 7. D3 via Battisti Muggia; 8. D4 via Sai 5; 9. Farmacia str.Rosandra; 10. Tossicologia Forense; 11. Centro Cardiovascolare; 12. Centro Sociale Oncologico; 13. Sanità Animale v.Orsera; 14. Sanità Animale Prosecco; 15. CED via Farneto 3 16. DIP via De Ralli 3 	particolare attenzione alla lettura dei dati registrati e archiviati in x-web ed all'estrazione degli stessi		Rendere possibile la dismissione dei termoregistratori ad inchiostro entro il 31 dicembre 2015
3. Elaborazione del P.E.I. (Piano Emergenza Interno) per le sedi A.A.S.1 e relativa formazione / informazione del personale operante nelle seguenti strutture: <ul style="list-style-type: none"> - Via Weiss, 15 (S. Giovanni Padiglione V) - Via Weiss, 16 (S. Giovanni Padiglione Z) - Via de Pastrovich, 1 (S. Giovanni Padiglione I) - Via Sai, 5 (D.D.D. Sostanze Legali - Alcologia) - Via Pascoli, 13 (ITIS / RSA S.Giusto) 	1. Predisposizione del Piano Emergenza Interno. 2. Condivisione e verifica del Piano con Dirigente Responsabile e Preposto ed eventuali altri soggetti interessati. 3. Formazione / Informazione del personale sul P.E.I. da svolgersi anche in più giornate concordate con il Preposto.	Riccardo Pascolutti Roberto Pozzetto Rita Vucas	Azione 3.1. Risultato: predisposizione P.E.I. Tempistica: entro il 31/05/2015 Azioni 3.2. e 3.3. Risultato/Tempistica: <ul style="list-style-type: none"> • Condivisione, consegna P.E.I. al Dirigente Responsabile e Preposto con allegati registri firmati della formazione sul campo presso le sedi dei Padiglioni "I" , "V" e "Z" entro il 30/06/2015 • Condivisione, consegna P.E.I. al Dirigente Responsabile e Preposto con allegati registri firmati della formazione sul campo presso le sedi del D.D.D. - Alcologia e R.S.A. S.Giusto entro il 31/12/2015
4.	Sopralluoghi presso le Sedi di:	<u>obiettivo dirigenziale</u>	Azione 4.1.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Monitoraggio condizioni di sicurezza <i>shelter screening</i> mammografico	<ul style="list-style-type: none"> - Comprensorio San Giovanni (Spazio Rosa) - Muggia Distretto - Aurisina Distretto per la verifica dell' idoneità degli spazi a disposizione, delle condizioni di sicurezza nel posizionamento nonché nella predisposizione dell' allacciamento elettrico e informatico	Fabio Aizza	Risultato/Tempistica: <ul style="list-style-type: none"> - Verifica delle condizioni di sicurezza e logistiche inerenti lo spostamento e il posizionamento dello <i>shelter per lo screening</i> mammografico all'interno del Parco di San Giovanni e verifica della funzionalità entro il 30/04/2015; - Verifica delle condizioni di sicurezza e logistiche inerenti lo spostamento e il posizionamento dello <i>shelter per lo screening</i> mammografico presso le Sedi di Duino Aurisina, Muggia e Comprensorio di San Giovanni (Spazio Rosa) e verifica della funzionalità entro il 31/12/2015
5. Implementazione dell'Istruzione Operativa per la pulizia/disinfezione delle ambulanze con la parte relativa al rischio di contagio di Malattia da Virus Ebola	Aggiornamento della I.O. esistente per la disinfezione delle ambulanze.	Monica Minniti Stella Lorenzi In collaborazione con il personale designato del Sistema 118 (Alessandro Moratto, Mauro Milos, Rita Anselmi)	Stesura definitiva dell'Istruzione Operativa e una prova di addestramento entro il 31/12/2015
6. Formazione dedicata all'emergenza in caso di sversamento di percolato a rischio biologico derivante dai rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo con creazione di un kit antisversamento da utilizzare in caso d'emergenza	Predisposizione ed effettuazione di un corso di formazione sul campo destinato ai preposti per la sicurezza ed al personale coinvolto presso le 36 sedi che hanno il deposito temporaneo. Il corso avrà la durata di 1 ora e presuppone: <ul style="list-style-type: none"> - la consegna della I.O. per l'emergenza in caso di sversamento di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo; - la consegna del kit d'emergenza - la prova pratica di utilizzo del kit 	Tutto il personale della Gestione Ambientale Aziendale Dragani Francesca Cavazzon Elisabetta Berni Elena Ripa Luisa Gulic Andra In collaborazione con il personale della funzione SPPA: Lorenzi Stella	Erogazione del corso, consegna Kit d'emergenza e prova pratica : 100% del personale interessato entro il 31/12/2015 con allegato il registro firme della formazione sul campo

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	d'emergenza		

AGASD – Funzione Gestione Ambientale Aziendale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Predisposizione Corso Rischio clinico e biologico	Predisposizione ed effettuazione di 3 corsi di formazione in materia di rischio clinico e biologico destinato a tutto il personale dell' AAS1 Triestina mirato alla riduzione e contenimento del rischio clinico e biologico grazie alla conoscenza delle precauzioni, universali ed aggiuntive, da attuare nella pratica assistenziale quotidiana, delle modalità di disinfezione e sterilizzazione e delle istruzioni esplicitate in protocolli specifici	Francesca Dragani	Almeno 3 corsi di 4 ore con tempistica: 2 corsi entro il 30.6.2015 1 corso entro il 31.12.2015
2. Formazione dedicata al personale assegnato alla Casa circondariale di Trieste al fine di svilupparne le competenze in materia di nuova operatività del sistema SISTRI, di gestione dei rifiuti e di rischio clinico e biologico	Predisposizione ed effettuazione di almeno 4 corsi di formazione, della durata di 2 ore ciascuno, per trasmettere ed insegnare : 1. le procedure Aziendali in campo rifiuti 2. le procedure sul rischio clinico e biologico 3. le procedure del sistema Sistri mediante esercitazioni pratiche su pc, utilizzando la chiavetta informatizzata	Tutto il personale della Gestione Ambientale Aziendale Dragani Francesca Cavazon Elisabetta Berni Elena Ripa Luisa Gulic Andra <i>in collaborazione Direzione Sanitaria – Sanità Penitenziaria:</i> Franca Masala	Almeno 4 corsi di 2 ore con tempistica: 2 corsi entro il 30.6.2015 2 corsi entro il 31.12.2015
3. Analisi delle destinazioni d'uso degli immobili in proprietà ed utilizzo dell'AAS1 Triestina per verificarne la congruità ed attualità ai fini del corretto pagamento della TARI	Predisposizione di un piano d'analisi per il controllo del corretto pagamento della TARI in ragione della effettiva destinazione d'uso degli immobili in proprietà ed in utilizzo dell'AAS1 Triestina	Francesca Dragani Luisa Ripa Elisabetta Cavazon <i>in collaborazione con personale afferente alla S.C. Affari Generali - funzione Gestione Immobiliare:</i> Carbone Fabio	Risultato/Tempistica: Predisposizione di un file unico concernente le destinazioni d'uso degli immobili in proprietà ed in utilizzo dell'A.A.S. n. 1 "Triestina". Entro il 31.12.2015
4.	Predisposizione ed effettuazione di un corso di	Tutto il personale della Gestione	Erogazione del corso, consegna Kit

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Formazione dedicata all'emergenza in caso di sversamento di percolato a rischio biologico derivante dai rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo con creazione di un kit antisversamento da utilizzare in caso d'emergenza	formazione sul campo destinato ai preposti per la sicurezza ed al personale coinvolto presso le 36 sedi che hanno il deposito temporaneo. Il corso avrà la durata di 1 ora e presupporrà: - la consegna della I.O. per l'emergenza in caso di sversamento di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo; - la consegna del kit d'emergenza - la prova pratica di utilizzo del kit d'emergenza	Ambientale Aziendale Dragani Francesca Cavazzon Elisabetta Berni Elena Ripa Luisa Gulic Andra In collaborazione con il personale della funzione SPPA: Lorenzi Stella	d'emergenza e prova pratica : 100% del personale interessato entro il 31/12/2015 con allegato il registro firme della formazione sul campo

AGASD – Funzione Certificazione e Accreditamento

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Mantenere la conformità ai requisiti organizzativi e tecnologici (generali e specifici) dell'accREDITamento regionale della Medicina dello Sport	Effettuare audit presso la Medicina dello Sport	Titolare p.o. Giuseppe Romano	Entro il 31.12.2015 effettuare almeno due audit con redazione dei rapporti conclusivi riportanti le criticità da risolvere e i possibili miglioramenti
2. Mantenere la conformità ai requisiti autorizzativi strutturali dell'accREDITamento regionale della Medicina dello Sport		Gianpaolo Monaro	Entro il 31.12.2015 effettuare almeno due audit con indicazione delle criticità da risolvere e dei possibili miglioramenti
3. Mantenere la conformità ai requisiti dell'accREDITamento BFCI dell'Unicef	1. Effettuare audit presso le SC TSBADOF distrettuali con indicazione delle criticità da risolvere e dei miglioramenti possibili 2. Aggiornare la documentazione richiesta dai requisiti BFCI	1,2. Titolare p.o. Giuseppe Romano	1. Entro il 31.12.2015 effettuare almeno tre audit con redazione: - dei rapporti conclusivi; - del report con i risultati complessivi dei questionari somministrati agli operatori. 2. Entro il 31.12.2015 redigere l'aggiornamento del Manuale degli operatori BFCI 2015

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. Effettuare sopralluoghi diretti presso le SC TSBADOF distrettuali con indicazione delle criticità da risolvere e dei miglioramenti possibili relativamente alla segnaletica e alla destinazione dei locali	3. Gianpaolo Monaro	3. Entro il 31.12.2015 effettuare 4 sopralluoghi presso le SC TSBADOF e trasmettere una eventuale relazione alla Programmazione strategica – Grafica/Editing aziendale con le modifiche da apportare

OBIETTIVI TRASVERSALI – TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
A. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, con cadenza periodica.	Effettuare il monitoraggio semestrale ed annuale dei termini dei procedimenti di competenza rientranti nel PTPC, con l'obbligo di segnalare eventuali scostamenti o anomalie riscontrate, da inviare ai fini della pubblicazione al Responsabile della Trasparenza	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del report al Responsabile della Trasparenza ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro il 15 gennaio dell'anno
B. Valutazione delle modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi di competenza a maggiore rischio di corruzione.	Formulazione di una proposta operativa ai fini dell'applicazione del principio della rotazione periodica del responsabile del procedimento, tenuto conto della necessità di garantire la continuità delle attività della struttura e temperando l'esigenza, ove riscontrata, dell'impiego delle competenze e delle specializzazioni acquisite.	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del documento di analisi e proposta alla Direzione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 30.11.2015 .

MACRO ATTIVITA'	ATTIVITA'/PROCESSO	S.O. / S.C. / S.S.
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera A	1. autorizzazioni/concessioni 2. certificazioni 3. sopralluoghi/ispezioni 4. autorizzazione incarichi ex art. 53 D.Lgs 165/2001 s.m.i.	1. Dipartimento di Prevenzione 2. Dipartimento di Prevenzione 3. Dipartimento di Prevenzione/SC Assistenza Farmaceutica 4. SC Gevap
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera B	1. affidamento lavori, servizi, forniture ex D.Lgs 163/2006 s.m.i., proroga dei contratti 2. affidamento lavori, servizi, forniture ex L. 109/94 s.m.i., proroga dei contratti 3. affidamento incarichi consulenza legale/difesa in giudizio, proroga dei contratti	1. SC Programmazione e Controllo Acquisti 2. SC Immobili e Impianti 3. SC Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera C	1. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici/privati 2. rimborso erogazione farmaci	1. DSM/DDD/DIP/Distretti/strutture di direzione amministrativa/strutture di direzione sanitaria/strutture di direzione strategica 2. SC Assistenza Farmaceutica
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera D	1. Concorsi pubblici per personale a tempo indeterminato/determinato 2. Conferimento incarichi esterni ex art. 7, c. 6 D.Lgs 165/2001 s.m.i., ex art. 15 octies D.Lgs 502/92 s.m.i. 3. Conferimento incarichi di docenza ad esterni 4. Reclutamento personale convenzionato (MMG/PLS/EST/SA)	1. SC Gevap 2. SC Gevap 3. SC Gevap 4. SS Gestione delle convenzioni di medicina generale e specialistica

Programmazione Strategica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Monitoraggio PDTA (obiettivo in comune con AOUTS)	Condividere con la Struttura Programmazione e controllo di AOUTS il percorso di monitoraggio dei PDTA	Marco Braidà Marco Spanò	Elaborazione sistema di monitoraggio indicatori significativi e almeno un report di monitoraggio al 31.12
2. Supporto informativo alla attività direzionali Aziendali e delle Strutture	1. In relazione all'obiettivo di mandato dei Distretti fornire report periodici di monitoraggio. 2. Aggiornamento periodico e valutazione della performance aziendale e delle singole aree di attività attraverso indicatori selezionati (PNE Santanna PQI, ecc...) con produzione di report ragionato e analitico periodico	Marco Braidà Marco Spanò	1. Elaborazione dati starter per l'obiettivo di mandato dei Distretti. 2. Invio alla direzione strategica e/o strutture aziendali di almeno tre report di monitoraggio
3. Profilo di salute per il Centro di Assistenza Primaria (CAP) di Muggia	Predisposizione e trasmissione di un rapporto di analisi dei consumi della popolazione CAP di Muggia: 24. analisi sociodemografica: 25. principali indicatori di attività e performance relativamente alle fonti: 26. ricoveri 27. specialistica ambulatoriale 28. farmaci 29. raccordo con il distretto: ADI, continuità HT, ecc... 30. pronto soccorso 31. punto di vista del prescrittore/MMG: per singolo medico e per CAP	Marco Braidà Marco Spanò	Profilo di analisi di confronto tra 2013 e 2014 (anno 0) e in prospettiva di analisi della performance del CAP.
4. Realizzare progetti di comunicazione sociale	Progettare e realizzare con il Dip, il Comune di Trieste e Slow Food un video sugli "Orti in condotta"	Roberto Michelazzi In collaborazione con Giuliana Pitacco URP	Progetto finito entro il 5 giugno 2015
5. Realizzare progetto di comunicazione multilingue	Progetto di traduzione di brochure, flyer, opuscoli e libri già editi da questa azienda in lingua slovena (progetto finanziato dalla regione FVG) 32. Supervisione del progetto 33. Raccolta dati 34. Affidamento traduzioni 35. Impaginazione dei nuovi prodotti	Roberto Michelazzi	Progetto finito entro 31 luglio 2015

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	36. Predisposizione e consegna per la stampa		
6. Supporto alle attività amministrative di segreteria dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance di ASS1	1. Supporto alla gestione delle pratiche relative alla valutazione dei dirigenti 2014. 2. Archiviare la posta in entrata e in uscita e tenere aggiornato l'archivio informatico degli atti dell'OIV presso la SS Programmazione Strategica	Paola De Poli	1. Trasmissione del prospetto riepilogativo contenente la sintesi dei risultati di valutazione dei dirigenti (anno 2014) alla Gevap entro i 30/06/2015 2. Archivio digitale degli atti dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance di ASS1 aggiornato e completo al 31/12/2015
7. Realizzazione indagine <i>Sapere a Trieste – Ictus un anno dopo</i>	1. Adattamento degli strumenti di indagine al contesto Triestino 2. Condivisione progetto con il gruppo interaziendale per la definizione del PDTA delle persone colpite da Ictus 3. Test del questionario con i soci di Alice (Associazione per la lotta all'ictus cerebrale) 4. Invio dei questionari a domicilio	Giuliana Pitacco In collaborazione con Sandro Centonze e Gabriella Lamprecht (AOUTs)	Report risultati indagine condotta attraverso questionario compilato dai pazienti entro dicembre 2015

Ufficio Relazioni con il Pubblico

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Integrazione di procedure e protocolli tra URP (Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.1 Triestina e Azienda Universitaria Ospedaliera di Trieste) in armonia con il riassetto istituzionale previsto dalla Legge Regionale 17/2014	1. Confronto sulle principali attività dei servizi attraverso incontri periodici con esperti regionali 2 Programmazione di un percorso formativo sul campo miglioramento continuo) 3. Realizzazione del percorso formativo integrato sull'uniformità di registrazione delle segnalazioni sul portale regionale tra le due aziende	Tutto il personale URP AAS1 Triestina	Programma formativo condiviso. Evidenza degli eventi realizzati e del personale formato (100%) entro dicembre 2015: relazione esiti percorso formativo
2. Customer satisfaction	1. Predisposizione di un progetto per la formazione dei formatori secondo il modello della customer satisfaction condiviso tra AAS1 e AOUS. 2. Presentazione del progetto concordato ai fini della validazione alla direzione strategica	Tutto il personale URP AAS1 Triestina	Progetto con studio di fattibilità condiviso e validato
3. Benessere mentale dei bambini, adolescenti e giovani (punto7 PAL)	Avvio del progetto informazione/comunicazione del progetto ai partner istituzionali e non Organizzazione di una conferenza stampa per l'avvio del progetto " Sport, emozioni e cervello" e predisposizione del materiale informativo condiviso	Sara Sanson in collaborazione con ufficio stampa	Conferenza stampa realizzata con il coordinamento di tutti i partner entro giugno 2015.
4. Realizzazione video <i>Orti in condotta</i>	1 Definizione dei contenuti in collaborazione con Il Dipartimento di Prevenzione (SC Igiene alimenti) e la S.S. Programmazione Strategica 2 Definizione <i>Storyboard</i> 3 Organizzazione presentazione	Giuliana Pitacco In collaborazione Roberto Michelazzi (Programmazione strategica)	Storyboard e presentazione video entro giugno 2015

Direzione Sanitaria

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Sanità penitenziaria: Formazione dedicata al personale assegnato alla Casa circondariale di Trieste al fine di svilupparne le competenze in materia di nuova operatività del sistema SISTRI, di gestione dei rifiuti e di rischio clinico</p>	<p>Predisposizione ed effettuazione di 4 corsi di formazione della durata di 2 ore ciascuno per trasmettere ed insegnare: 1. procedure Aziendali in campo rifiuti 2. procedure sul rischio clinico e biologico 3. procedure del sistema Sistri mediante esercitazioni pratiche su pc, utilizzando la chiavetta informatizzata</p>	<p>Franca Masala In collaborazione con il personale della Gestione Ambientale Aziendale Dragani Francesca Cavazon Elisabetta Berni Elena Ripa Luisa Gulic And</p>	<p>Almeno 4 corsi di 2 ore con la tempistica: 2 entro il 30.06.2015 2 entro il 31.12.2015</p>
<p>2. Sanità penitenziaria: definizione e stesura di un protocollo per la gestione delle emergenze urgenze presso la Casa Circondariale Trieste"</p>	<p>Stesura protocollo e presentazione del protocollo alle Direzioni</p>	<p>PO Franca Masala In collaborazione con il personale del 118 PO Brajnik Barbara Quargnal Emanuele referente 118 grandi eventi e maxi emergenze</p>	<p>Protocollo operativo proposto per la formalizzazione o entro 31.12.2015</p>
<p>3. Sanità penitenziaria: Miglioramento della presa in carico sanitaria relativamente ai percorsi assistenziali "ontostomatologici" e "disagio mentale" presso la Casa Circondariale Trieste</p>	<p>1. Favorire l'acquisizione di competenze specialistiche da parte del personale dedicato 2. Condividere fra il gruppo di lavoro e con gli specialisti aziendali ed ospedalieri istruzioni operative specifiche per la presa in carico relativamente ai percorsi assistenziali specifici 3. Assicurare percorsi di presa in carico conformi alle istruzioni operative</p>	<p>PO Franca Masala</p>	<p>1. Formazione specifica relativamente ai percorsi assistenziali definiti (entro 30.06.15) 2. Formalizzazione di 2 istruzioni operative (entro 31.09.15) 3. Presa in carico secondo le istruzioni operative del 100% dei detenuti che necessitano di</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>4. Segreteria del Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la Valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le Discriminazioni (CUG), costituito ai sensi dell'art. 57 del D.Lgs 165/2001 e s.i.m., come modificato dall'art. 21, comma 1, lett. c) della L.183/2010.</p>	<p>Partecipazione agli incontri CUG e Gestione delle le attività segretariali del Comitato: convocazioni, stesura dei verbali delle sedute; redazione degli atti formali etc.</p>	<p>Fabiola Caputo</p>	<p>Partecipazione alle sedute del Comitato e cura delle attività di segreteria. Partecipazione ad almeno l'80% delle sedute del Comitato nel corso del 2015.</p>
<p>5. Miglioramento e monitoraggio dei processi di qualità presso la Casa Circondariale Trieste</p>	<p>1. Effettuare incontri con il personalità Sanità Penitenziaria per l'introduzione sistema qualità e del ciclo di qualità "audit clinico" 2. Studio dei processi e delle procedure in essere. Stesura di check list 3. Applicazione 4 fasi del ciclo della qualità: preparazione-attuazione- azioni di miglioramento – valutazione dei risultati attraverso processo di auditing e collaborazione del piano di miglioramento nel suo contesto (ambito carcerario)</p>	<p>Fabiola Caputo</p>	<p>1. sistema qualità e del ciclo di qualità "audit clinico" avviato 2. Definizione criteri per la valutazione dei processi di qualità attraverso lo studio dei processi in essere 3. Definizione del piano di miglioramento</p>

Direzione sanitaria: Ufficio Progetti Area Sanitaria

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Recupero donne non rispondenti all'invito di screening pap test	1. Counselling telefonico a donne non rispondenti 2. Proposta di nuovo appuntamento	Segreteria Pap Test Kosic Erica Magro Beatrice	80 counselling telefonici proposta di appuntamento a 100 donne Report finale dei risultati ottenuti Entro 31 dicembre 2015
2. Verifica qualità dello screening con le segreterie dell'anatomia patologica	1. Verifica tempi di refertazione 2. Verifica corretto uso della modulistica per lo screening il primo livello in tutti i centri prelievo	Segreteria Pap Test Kosic Erica Magro Beatrice	Raggiungimento dei tempi previsti dallo screening Uniformità di tutti i centri prelievo alla modulistica corretto 31 dicembre 2015
3. Facilitare l'accesso della popolazione immigrata ai servizi sanitari attraverso la "Mediazione culturale in sanità".	1. Coordinamento dell'attività di mediazione culturale programmata c/o le strutture distrettuali e dipartimentali dell'Azienda 2. Raccordo con l'AOU Triestina per il monitoraggio dell'attività dei mediatori attraverso riunioni periodiche congiunte. 3. Rendicontazione alla Regione FVG dell'attività svolta nel progetto Finanziato MLV in sanità 2015	Ufficio Progetti Area Sanitaria Valentina Iurman	Predisposizione della relazione illustrativa sulle attività con allegato rendiconto per il progetto finanziato da inviare alla Regione FVG entro 31 dicembre 2015
4. Progetto "Buone pratiche contro la pedofilia" ai sensi della L.R. 20/04 art 21	1. Partecipazione al Tavolo di Coordinamento del progetto per la definizione di obiettivi e azioni in ambito formativo e informativo da svolgere nell'anno 2. Stesura congiunta al Comune di Trieste (Ente Capofila) del Progetto e della relativa richiesta di finanziamento per l'anno 2016	Ufficio Progetti Area Sanitaria Valentina Iurman	Predisposizione del progetto e protocollo tra enti partners, per la richiesta di finanziamento anno 2016 in sinergia con Comune di Trieste Predisposizione del decreto di recepimento dell'AAS 1 Triestina. Entro 31 dicembre 2015

Direzione Sanitaria – Medico Competente (risk manager)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Interventi in tema di stress lavoro correlato	1. Invio in consulenza dei dipendenti con disturbi stress lavoro correlati 2. Rivalutazione dello stress-lavoro correlato utilizzando il questionario HSE ISPELS	<u>Direzione Sanitaria</u> Medico competente in collaborazione con SPPA (psicologo del lavoro) TdP Dipartimento di Prevenzione	1 100% inviati al 31/12/2015 2. Elaborazione degli eventi sentinella (assenze, infortuni mobilità) di 4 strutture operative e/o complesse interdistrettuali e somministrazione del questionario HSE ISPELS per la valutazione degli indicatori oggettivi Report finale 31/12/2015
2. Implementazione del sistema di incident reporting	1. Completare la formazione di tutto il personale sul rischio clinico e sul corretto utilizzo della scheda di incident reporting 2. Esecuzione di Root Cause Analysis in caso di eventi che superino lo score di 6 3. Analizzare e valutare periodicamente i dati raccolti al fine di attivare processi di miglioramento	<u>Direzione sanitaria</u> Medico competente (risk manager)	1 N. operatori di almeno 2 strutture operative che partecipano alla formazione sul campo nelle sedi di lavoro/ N. totale operatori per sede =o> 70% 2 Esecuzione di almeno 1 RCA (se eventi con score > di 6) 3. Monitoraggio delle segnalazioni e valutazione delle azioni intraprese. Report annuale. 31/12/2015
3 Promozione di corretti stili di vita (attività fisica, corretta alimentazione, alcool e fumo) finalizzati alla riduzione del carico prevenibile/evitabile delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) e alla prevenzione dell'obesità, rivolto agli operatori sanitari delle Aziende Sanitarie del Friuli Venezia Giulia	Individuazione dei lavoratori a rischio usando le soglie indicate nelle linee guida della letteratura in base ai dati obiettivi e di laboratorio a disposizione del medico competente	<u>Direzione sanitaria</u> Medico competente	Consegna di materiale informativo al 100 % dei soggetti visitati nel corso della Sorveglianza sanitaria e definiti a rischio. 31/12/2015

Servizio Infermieristico Aziendale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Morire con dignità e senza dolore migliorando la comunicazione nei processi assistenziali del fine vita (L. n. 38 del 15 marzo 2010)	Pianificazione e realizzazione della formazione per il personale coinvolto nei processi assistenziali del fine vita	Dirigente SC SIA Maila Mislej	Almeno 1 seminario nel primo semestre 2015.
2. Migliorare il servizio di continuità assistenziale e gli aspetti relativi al risk management (PAL 2015)	Realizzare audit interaziendali con i responsabili infermieristici territoriali e ospedalieri per, con particolare riferimento alla revisione della documentazione sanitaria.	Dirigente SC SIA	Almeno 6 audit interaziendali con i responsabili infermieristici territoriali e ospedalieri.
3. Sviluppo, applicazione e informatizzazione VALGRAF- GENESYS – ICD9- CM (PAL 2015)	Realizzare audit di promozione e verifica della corretta gestione del sistema informativo/informatico relativo all'uso e implementazione dei dati VALGRAF- GENESYS – ICD9- CM nel sistema regionale.	Dirigente SC SIA	Almeno 2 audit realizzati con i responsabili infermieristici e della riabilitazione.
4. Migliorare la comunicazione nei processi assistenziali del fine vita.	Realizzare la formazione per il personale coinvolto nei processi assistenziali del fine vita	Comparto Liviana Penzo	Realizzazione di 1 seminario nel primo semestre 2015. e svolgimento del test di apprendimento da parte di almeno l'80% dei partecipanti all'evento formativo.
5. Diffusione delle LLGG regionali "LdP: prevenzione e trattamento"	Progettazione e realizzazione della formazione interaziendale (AAS1/AOUTS) multi professionale (infermieri, fisioterapisti, medici)	Comparto Rosolino Trabona Anna Teresa Longo Rosa Rita Zortea	Realizzazione di almeno 3 edizioni del progetto formativo sulle LLGG regionali LdP, rivolto ad almeno 150 infermieri/fisioterapisti (di distretto, RSA, strutture protette e reparti ospedalieri)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>6. Revisione e standardizzazione della cartella clinica delle 4 RSA</p>	<p>1. Revisione e standardizzazione delle cartelle cliniche: presenza e completezza dei seguenti documenti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. consenso informato 2. scala di valutazione del rischio da lesioni da decubito 3. scala di valutazione del rischio cadute 4. valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e rivalutazione quotidiana durante il periodo di degenza 5. foglio unico di terapia nei primi 7 gg 6. presenza di raccordo farmacologico 7. valutazione della presenza di possibili allergie 8. valutazione dello stato nutrizionale <p>2. Adeguamento della cartella clinica alla check list del progetto Valdoc01</p> <p>3. Verifica della corretta valutazione del dolore in tutte le RSA sia a gestione diretta che in appalto o convenzione</p>	<p>Comparto Arianna Meriggi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. N. di cartelle chiuse in RSA con almeno 5 giornate di degenza contenenti i documenti previsti/numero di cartelle selezionate (5 verificate a bimestre =30 cartelle verificate /anno per ogni RSA PER TOTALI 120) = o > 65% 2. Verifica in almeno il 60% delle cartelle RSA degli elementi della check list del pr. Valdoc01 3. N° di cartelle chiuse in RSA contenenti la scheda di valutazione del dolore compilata entro 24 ore dall'ingresso (5 cartelle verificate a bimestre =30 cartelle verificate /anno per RSA) = o > 90% <p>Monitoraggio quotidiano del dolore in 5 cartelle chiuse (5 cartelle verificate a bimestre =30 cartelle verificate /anno per RSA): in ogni cartella il monitoraggio quotidiano del dolore/giornate di ricovero = o > 80%</p>

OBIETTIVI TRASVERSALI – TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
A. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, con cadenza periodica.	Effettuare il monitoraggio semestrale ed annuale dei termini dei procedimenti di competenza rientranti nel PTPC, con l'obbligo di segnalare eventuali scostamenti o anomalie riscontrate, da inviare ai fini della pubblicazione al Responsabile della Trasparenza	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del report al Responsabile della Trasparenza ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro il 15 gennaio dell'anno
B. Valutazione delle modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi di competenza a maggiore rischio di corruzione.	Formulazione di una proposta operativa ai fini dell'applicazione del principio della rotazione periodica del responsabile del procedimento, tenuto conto della necessità di garantire la continuità delle attività della struttura e contemperando l'esigenza, ove riscontrata, dell'impiego delle competenze e delle specializzazioni acquisite.	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del documento di analisi e proposta alla Direzione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 30.11.2015 .

MACRO ATTIVITA'	ATTIVITA'/PROCESSO	S.O. / S.C. / S.S.
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera A	1. autorizzazioni/concessioni 2. certificazioni 3. sopralluoghi/ispezioni 4. autorizzazione incarichi ex art. 53 D.Lgs 165/2001 s.m.i.	1. Dipartimento di Prevenzione 2. Dipartimento di Prevenzione 3. Dipartimento di Prevenzione/SC Assistenza Farmaceutica 4. SC Gevap
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera B	1. affidamento lavori, servizi, forniture ex D.Lgs 163/2006 s.m.i., proroga dei contratti 2. affidamento lavori, servizi, forniture ex L. 109/94 s.m.i., proroga dei contratti 3. affidamento incarichi consulenza legale/difesa in giudizio, proroga dei contratti	1. SC Programmazione e Controllo Acquisti 2. SC Immobili e Impianti 3. SC Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera C	1. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici/privati 2. rimborso erogazione farmaci	1. DSM/DDD/DIP/Distretti/strutture di direzione amministrativa/strutture di direzione sanitaria/strutture di direzione strategica 2. SC Assistenza Farmaceutica
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera D	1. Concorsi pubblici per personale a tempo indeterminato/determinato 2. Conferimento incarichi esterni ex art. 7, c. 6 D.Lgs 165/2001 s.m.i., ex art. 15 octies D.Lgs 502/92 s.m.i. 3. Conferimento incarichi di docenza ad esterni 4. Reclutamento personale convenzionato (MMG/PLS/EST/SA)	1. SC Gevap 2. SC Gevap 3. SC Gevap 4. SS Gestione delle convenzioni di medicina generale e specialistica

Servizio Riabilitativo Aziendale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Valutazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali dei pazienti con ri-fratture di femore (≥ 65 anni).</p> <p>PAL3.2.2 Guadagnare salute e promozione dell'attività fisica Percorso di continuità riabilitativa e PDTA</p>	<p>1. Descrizione del fenomeno ri-fratture di femore e suo andamento temporale (fonti RRMD-SSR – report protocollo di continuità riabilitativa).</p> <p>2. Ricerca di variabili associate alla ri-frattura (fonti come sopra)</p> <p>3. Presentazione e discussione del report in un incontro di audit con rappresentanti delle strutture coinvolte nei PDTA (Direzione Sanitaria AO/US, Servizio Riabilitativo AO/US e Servizi riabilitativi distrettuali, Dipartimento di ortopedia riabilitazione e medicina del lavoro di AO/US, UDMG, Programmazione Strategica AO/US e Programmazione e controllo AO/US)</p> <p>4. Realizzazione di studio di fattibilità finalizzato al miglioramento della gestione dei percorsi delle ri-fratture di femore.</p>	<p>Marin Louise Verrone Cristina</p> <p>In collaborazione con Dipartimento di Prevenzione Direzione - Gruppo di Lavoro Dipartimentale di Epidemiologia</p>	<p>Almeno 1 audit con rappresentanti delle strutture coinvolte nei PDTA</p> <p>Studio di fattibilità finalizzato al miglioramento della gestione dei percorsi delle ri-fratture di femore. presentato alla Direzione sanitaria</p>
<p>2. Percorso di continuità riabilitativa e PDTA anca</p>	<p>Revisione del protocollo di continuità riabilitativa e sperimentazione delle nuove modalità con produzione di un documento</p>	<p>Marin Louise Verrone Cristina</p>	<p>Produzione di un documento con analisi della sperimentazione e definizione delle modifiche apportate.</p>
<p>3. Linea n 3.3.3 Riabilitazione</p>	<p>Valutazioni mensili dei pazienti con GCA in ricovero estensivo presso la struttura Residenza Gravi disabilità presso Casa</p>	<p>Marin Louise</p>	<p>Monitoraggio e relazione finale delle valutazioni dei pazienti con GCA in ricovero estensivo.</p>

Gestione Convenzioni Medicina Generale e Specialistica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale	1. Partecipazione al gruppo di lavoro interaziendale AAS 1, AOUPS, IRCCS Burlo Garofolo per il monitoraggio dei tempi di attesa 2. Riscontro della reportistica sui tempi di attesa per la rimodulazione dell'offerta 3. Convenzioni con le Strutture Private Accreditate nell'ambito dei tetti indicati dalla Direzione Centrale e degli accordi a livello regionale.	Mattiussi Adeli Responsabile Struttura	Individuazione delle prestazioni critiche e condivisione delle azioni di governo con le Strutture private accreditate. Stipula con le Strutture Private Accreditate degli accordi per il 2015 con la definizione dei volumi prestazionali per il contenimento dei tempi di attesa.
2. Verifica dei requisiti degli studi medici dei Medici di Medicina Generale convenzionati per l'assistenza primaria	1. Analisi e confronto dei dati presenti nel database aziendale e di quelli presenti nel software applicativo INSIEL. 2. Riscontro di eventuali difformità tra le due fonti informative. 3. Predisposizione di un report di sintesi individuale con i dati relativi agli studi medici dei MMG. 4. Trasmissione a tutti i MMG di una nota informativa, con allegato il report di sintesi individuale, e segnalazione di eventuali difformità rispetto al dettato di cui al vigente ACN. 5. Ricezione delle note di riscontro dei MMG in ordine ad eventuali modifiche e/o integrazioni. 6. Inserimento di eventuali dati trasmessi dai MMG sul database aziendale e sul software applicativo INSIEL.	Battiston Alessandro Lorello Arianna	1. Analisi e confronto dei dati presenti nel database aziendale e di quelli presenti nel software applicativo INSIEL e riscontro di eventuali difformità tra le due fonti informative 31/07/2015 e predisposizione di un report di sintesi individuale con i dati relativi agli studi medici dei MMG e trasmissione a tutti i MMG di una nota informativa, con allegato il report di sintesi individuale, e segnalazione di eventuali difformità rispetto al dettato di cui al vigente ACN. 30/09/2015

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>3. Rilevamento elettronico delle presenze dei medici del Servizio di Continuità Assistenziale</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analisi e studio della procedura di rilevamento elettronico delle presenze, di concerto con la S.C. Gestione e Valorizzazione del Personale. 2. Inserimento dei profili di ciascun medico afferente il servizio di Continuità Assistenziale e gestione della parte economica nel software applicativo INSIEL. 3. Trasmissione a tutti i medici afferenti il servizio di Continuità Assistenziale di idonea nota informativa sulle modalità di rilevamento elettronico delle presenze. 4. Distribuzione a tutti i medici afferenti il servizio di Continuità Assistenziale del badge individuale per la rilevazione delle presenze, al fine di poter avviare la procedura con la turnazione del mese di ottobre 2015. 5. Verifica dei dati elaborati dal sistema di rilevamento elettronico delle presenze ed attuazione di eventuali azioni di rettifica e consolidamento dei dati. 6. Gestione a regime del rilevamento elettronico delle presenze dei medici del Servizio di Continuità Assistenziale e liquidazione automatica delle spettanze. 	<p>Battiston Alessandro Lorello Arianna</p>	<p>Entro il 31/12/2015 gestione a regime del rilevamento elettronico delle presenze dei medici del Servizio di Continuità Assistenziale e liquidazione automatica delle spettanze.</p>
<p>4. Semplificazione, uniformazione e adeguamento della modulistica inerente il rapporto di convenzionamento dei medici</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ricognizione della modulistica esistente 2. valutazione della congruità rispetto agli aspetti giuridici ed economici del rapporto di lavoro 3. elaborazione di nuova modulistica a sostituzione dell'esistente, qualora necessario 4. distribuzione della nuova modulistica unitamente 	<p>Giuseppa Marotta Giovanna Ragnetti Laura Visentin</p>	<p>Entro il 31 ottobre invio al 100% del personale convenzionato di AAS1 (ex ASS1 e AOUTS) della nuova modulistica Entro il 31 dicembre presentazione al CFA dei moduli di formazione sul campo</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
specialisti ambulatoriali e dei professionisti ambulatoriali interni, di ex ASS1 e AOOTS	alle indicazioni operative 5. predisposizione di moduli di formazione sul campo per i professionisti interessati		
5. Regolamentazione della partecipazione del personale specialistico convenzionato alla formazione sponsorizzata	1. Esame della normativa vigente in tema di formazione sponsorizzata alla luce dell'Accordo Collettivo Nazionale dd. 29.07.09 2. Predisposizione di una circolare di adeguamento delle modalità di partecipazione da parte dei professionisti coinvolti 3. Elaborazione di una piattaforma informatica accessibile a tutte le strutture aziendali coinvolte ai fini della consultazione ed implementazione dei dati 4. Condivisione con le strutture aziendali coinvolte delle modalità individuate ai fini dell'avvio delle nuove disposizioni 5. Diffusione delle modalità di partecipazione alla formazione sponsorizzata a tutti i professionisti e strutture coinvolte	Giuseppa Marotta Giovanna Ragnetti Laura Visentin	Entro 31/08/2015 predisposizione della circolare e del supporto informatico e condivisione con le strutture coinvolte entro il 31 dicembre invio di una circolare a tutti i professionisti e tutte strutture coinvolte

OBIETTIVI TRASVERSALI – TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
A. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, con cadenza periodica.	Effettuare il monitoraggio semestrale ed annuale dei termini dei procedimenti di competenza rientranti nel PTPC, con l'obbligo di segnalare eventuali scostamenti o anomalie riscontrate, da inviare ai fini della pubblicazione al Responsabile della Trasparenza	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del report al Responsabile della Trasparenza ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro il 15 gennaio dell'anno
B. Valutazione delle modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi di competenza a maggiore rischio di corruzione.	Formulazione di una proposta operativa ai fini dell'applicazione del principio della rotazione periodica del responsabile del procedimento, tenuto conto della necessità di garantire la continuità delle attività della struttura e temperando l'esigenza, ove riscontrata, dell'impiego delle competenze e delle specializzazioni acquisite.	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del documento di analisi e proposta alla Direzione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 30.11.2015 .

MACRO ATTIVITA'	ATTIVITA'/PROCESSO	S.O. / S.C. / S.S.
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera A	<ol style="list-style-type: none"> 1. autorizzazioni/concessioni 2. certificazioni 3. sopralluoghi/ispezioni 4. autorizzazione incarichi ex art. 53 D.Lgs 165/2001 s.m.i. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dipartimento di Prevenzione 2. Dipartimento di Prevenzione 3. Dipartimento di Prevenzione/SC Assistenza Farmaceutica 4. SC Gevap
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera B	<ol style="list-style-type: none"> 1. affidamento lavori, servizi, forniture ex D.Lgs 163/2006 s.m.i., proroga dei contratti 2. affidamento lavori, servizi, forniture ex L. 109/94 s.m.i., proroga dei contratti 3. affidamento incarichi consulenza legale/difesa in giudizio, proroga dei contratti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SC Programmazione e Controllo Acquisti 2. SC Immobili e Impianti 3. SC Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera C	<ol style="list-style-type: none"> 1. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici/privati 2. rimborso erogazione farmaci 	<ol style="list-style-type: none"> 1. DSM/DDD/DIP/Distretti/strutture di direzione amministrativa/strutture di direzione sanitaria/strutture di direzione strategica 2. SC Assistenza Farmaceutica
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera D	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concorsi pubblici per personale a tempo indeterminato/determinato 2. Conferimento incarichi esterni ex art. 7, c. 6 D.Lgs 165/2001 s.m.i., ex art. 15 octies D.Lgs 502/92 s.m.i. 3. Conferimento incarichi di docenza ad esterni 4. Reclutamento personale convenzionato (MMG/PLS/EST/SA) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SC Gevap 2. SC Gevap 3. SC Gevap 4. SS Gestione delle convenzioni di medicina generale e specialistica

Verifiche Strutture Pubbliche e Private

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Monitoraggio e contenimento della spesa sanitaria	Analisi prestazioni ricovero e ambulatoriali per assistiti AAS1 e rispetto accordi ASS1- Strutture private accreditate	Dirigente medico Maddalena Grella	Produzione entro l'anno di 4 report aggiornati a cadenza trimestrale. (anno 2014 - 1° trimestre , 1° semestre 2015 – 3 trimestri anno 2015).
2. Monitoraggio della fuga e contenimento della spesa sanitaria	Analisi della fuga ER per prestazioni di ricovero e ambulatoriali per assistiti ASS 1	Personale amministrativo	Produzione di un report analitico di fuga extraregione 2014 e confronto anni precedenti
3. Monitoraggio della fuga e contenimento della spesa sanitaria	Analisi della fuga intraregione per prestazioni ambulatoriali e di ricovero per assistiti AAS1	Personale amministrativo	Produzione di reports analitici di fuga intraregione a cadenza bimestrale (con i dati del bimestre)

OBIETTIVI TRASVERSALI – TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
A. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, con cadenza periodica.	Effettuare il monitoraggio semestrale ed annuale dei termini dei procedimenti di competenza rientranti nel PTPC, con l'obbligo di segnalare eventuali scostamenti o anomalie riscontrate, da inviare ai fini della pubblicazione al Responsabile della Trasparenza	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del report al Responsabile della Trasparenza ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro il 15 gennaio dell'anno
B. Valutazione delle modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi di competenza a maggiore rischio di corruzione.	Formulazione di una proposta operativa ai fini dell'applicazione del principio della rotazione periodica del responsabile del procedimento, tenuto conto della necessità di garantire la continuità delle attività della struttura e temperando l'esigenza, ove riscontrata, dell'impiego delle competenze e delle specializzazioni acquisite.	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del documento di analisi e proposta alla Direzione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 30.11.2015 .

MACRO ATTIVITA'	ATTIVITA'/PROCESSO	S.O. / S.C. / S.S.
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera A	1. autorizzazioni/concessioni 2. certificazioni 3. sopralluoghi/ispezioni 4. autorizzazione incarichi ex art. 53 D.Lgs 165/2001 s.m.i.	1. Dipartimento di Prevenzione 2. Dipartimento di Prevenzione 3. Dipartimento di Prevenzione/SC Assistenza Farmaceutica 4. SC Gevap
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera B	1. affidamento lavori, servizi, forniture ex D.Lgs 163/2006 s.m.i., proroga dei contratti 2. affidamento lavori, servizi, forniture ex L. 109/94 s.m.i., proroga dei contratti 3. affidamento incarichi consulenza legale/difesa in giudizio, proroga dei contratti	1. SC Programmazione e Controllo Acquisti 2. SC Immobili e Impianti 3. SC Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera C	1. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici/privati 2. rimborso erogazione farmaci	1. DSM/DDD/DIP/Distretti/strutture di direzione amministrativa/strutture di direzione sanitaria/strutture di direzione strategica 2. SC Assistenza Farmaceutica
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera D	1. Concorsi pubblici per personale a tempo indeterminato/determinato 2. Conferimento incarichi esterni ex art. 7, c. 6 D.Lgs 165/2001 s.m.i., ex art. 15 octies D.Lgs 502/92 s.m.i. 3. Conferimento incarichi di docenza ad esterni 4. Reclutamento personale convenzionato (MMG/PLS/EST/SA)	1. SC Gevap 2. SC Gevap 3. SC Gevap 4. SS Gestione delle convenzioni di medicina generale e specialistica

Assistenza Farmaceutica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Promuovere l'appropriatezza prescrittiva dei prodotti AFIR con particolare riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici Obiettivo di PAL 2015	1.1 Monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni delle strisce per glicemia (Test glicemia 7 AB1B01) attraverso le elaborazioni effettuate tramite il sistema repository, relativamente ai dati resi disponibili da INSIEL, con riferimento alle classi stabilite dagli Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito 1.2 Organizzazione di incontri di confronto e audit con i prescrittori per la verifica del livello di appropriatezza prescrittiva raggiunto	SS Vigilanza sull'erogazione dell'Assistenza Farmaceutica dott.ssa Bini In collaborazione con gruppo di lavoro Dipartimentale di Epidemiologia e con Servizio di Diabetologia distrettuale	1.1 Elaborazione di 2 report di analisi delle prescrizioni delle strisce per glicemia entro il 31.12.2015 1.2 Effettuazione di 4 incontri di confronto/audit con le UDMG per fornire idoneo feed-back ai prescrittori entro il 31.12.2015
2. Archiviazione informatica dei fascicoli documentali delle farmacie (atti deliberativi, pratiche professionali pre/post laurea, dichiarazioni di assunzione di farmacisti) Obiettivo di miglioramento/innovazione	1 Archiviazione informatica dei fascicoli documentali di almeno 25 farmacie attraverso scannerizzazione dei documenti cartacei e loro allocazione in apposita cartella accessibile solo tramite password di accesso 2 Aggiornamento dei fascicoli documentali inseriti nel 2014.	Perfetto, Viller	1 Entro il 31.12.2015 scannerizzazione dei fascicoli di almeno 25 farmacie, conversione in formato PDF dei documenti e corretta allocazione nelle apposite cartelle. 2 Aggiornamento dei 35 fascicoli documentali inseriti nel 2014 entro il 31.12.2015 con stesse modalità di archiviazione.
3. Appropriato utilizzo dei registri AIFA al fine di consentire il recupero economico dei medicinali interessati Obiettivo di PAL 2015	Registrazione sul portale AIFA delle erogazioni di tutti i medicinali sottoposti a monitoraggio ed espletamento delle procedure per il recupero delle eventuali richieste di rimborso.	SS Farmacia dott. Colautti L'Abbate	1 Il 100% delle erogazioni dei medicinali sottoposti a registro AIFA erogate nel 2015 dalla SS Farmacia sono registrate nell'apposito portale. 2 Predisposizione ed invio di 2 report alla Direzione Centrale Salute delle eventuali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			richieste di rimborso entro il 31.12.2015
4. Sicurezza e appropriatezza nell'uso dei farmaci e controllo delle infezioni correlate all'assistenza Obiettivo di PAL 2015	Garantire l'appropriatezza d'uso del gel idroalcolico e monitoraggio dell'utilizzo tramite predisposizione di adeguata reportistica	SS Farmacia dott. Colautti Di Giorgio, Minca (in servizio fino al 31/05/2015)	Predisposizione ed invio di 2 report alle Strutture dipendenti ed accreditate sul consumo di gel idroalcolico erogato dalla SS Farmacia entro il 31/12/2015. Il consumo del gel idroalcolico nel 2015 è maggiore o uguale al 2014.
Obiettivo di PAL 2015 5. Controllo preciso e puntuale dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali	Garantire il controllo mensile dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 del mese successivo	SS Farmacia dott. Colautti	5. Mantenimento di almeno il 90% dei livelli di copertura.
6. Miglioramento della gestione delle pompe per nutrizione enterale Obiettivo di miglioramento/innovazione	Corretta registrazione informatica della movimentazione delle pompe per nutrizione enterale in entrata ed uscita dalla SS Farmacia	SS Farmacia dott. Colautti L'Abbate, Di Giorgio, Minca (in servizio fino al 31/05/2015)	Evidenza alla Direzione della SC assistenza Farmaceutica con apposita comunicazione semestrale (2 comunicazioni/anno) dell'avvenuta registrazione informatica del 100% delle movimentazioni delle pompe per nutrizione enterale in entrata ed uscita dalla SS Farmacia
7. Attività di monitoraggio e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e contenimento della spesa farmaceutica territoriale Obiettivo di PAL 2015	1 Monitoraggio costante degli indicatori di programmazione e controllo ex. DL. 78/2010 dal portale Tessera Sanitaria. 2 Estrazione, rielaborazione e trasmissione	SS Servizio Farmaceutico 7.1 dott. Palcic 2 dott. Palcic	1 Predisposizione ed invio di almeno 3 comunicazioni/report ai prescrittori (MMG, strutture dipendenti ed accreditate, Direzione AOUTS) sull'andamento degli indicatori ex DL 78/2010 entro il 31.12.2015. Organizzazione di almeno 1 incontro con i prescrittori ospedalieri di AOUTS sugli indicatori del ex DL. 78/2010 entro il 30/06/2015. 2 Invio di 2 report personalizzati "scheda medico" ai MMG in base ai dati resi disponibili sul

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	personalizzata ai MMG dei report regionali estratti dal SISR	Viller, Micol	portale SISR entro il 31/12/2015.
8. Incentivazione dell'appropriatezza d'uso nelle categorie a maggior impatto di spesa Obiettivo di PAL 2015	Elaborazione e monitoraggio delle categorie a maggior impatto sulla spesa convenzionata	SS. Servizio Farmaceutico dott. Palcic, dott. Faleschini dott.ssa Zucca, Micol	Entro il 31.12.2015 predisposizione ed invio alla Direzione Sanitaria di 2 report dedicati sulle categorie a maggior impatto sulla spesa convenzionata.
9. Controllo delle infezioni correlate all'assistenza Obiettivo di PAL 2015	Monitoraggio dell'utilizzo degli antibiotici erogati in convenzione attraverso le farmacie pianificate sul territorio e nelle RSA con i dati resi disponibili in BO.	SS. Servizio Farmaceutico dott. Faleschini	Predisposizione ed invio alla Direzione Sanitaria di 1 report dell'utilizzo degli antibiotici erogati in convenzione attraverso le farmacie pianificate sul territorio e nelle RSA entro il 30.06.2015 e 1 report entro il 31.12.2015
10. Promozione dell'utilizzo di molecole dall'ottimale rapporto costo/efficacia Obiettivo di miglioramento/innovazione	Produzione di un report comprendente grafici di confronto dei costi per classi terapeutiche, al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva e il conseguente impatto economico.	SS. Servizio Farmaceutico dott. Faleschini, dott. Palcic dott.ssa Zucca, Azzano	Entro il 31.12.2015 produzione ed invio ai MMG di 1 report comprendente grafici di confronto dei costi per classi terapeutiche.
11. Implementazione dell'uso sicuro dei medicinali Obiettivo di miglioramento/innovazione	Informazione e sensibilizzazione sull'uso sicuro dei medicinali garantendo la predisposizione e l'invio di newsletter periodiche ottenute attraverso la raccolta di tutte le informazioni rese disponibili da fonti istituzionali	SS. Servizio Farmaceutico dott. Palcic, dott. Faleschini, Azzano	Produzione ed invio ai MMG e alle Strutture dipendenti ed accreditate di almeno 6 newsletter di aggiornamento entro il 31.12.2015

OBIETTIVI TRASVERSALI – TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
A. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, con cadenza periodica.	Effettuare il monitoraggio semestrale ed annuale dei termini dei procedimenti di competenza rientranti nel PTPC, con l'obbligo di segnalare eventuali scostamenti o anomalie riscontrate, da inviare ai fini della pubblicazione al Responsabile della Trasparenza	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (V. tabella allegata).	Trasmissione del report al Responsabile della Trasparenza ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro il 15 gennaio dell'anno
B. Valutazione delle modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi di competenza a maggiore rischio di corruzione.	Formulazione di una proposta operativa ai fini dell'applicazione del principio della rotazione periodica del responsabile del procedimento, tenuto conto della necessità di garantire la continuità delle attività della struttura e temperando l'esigenza, ove riscontrata, dell'impiego delle competenze e delle specializzazioni acquisite.		Trasmissione del documento di analisi e proposta alla Direzione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 0.11.2015 .
Aggiornamento dei contenuti del Regolamento del Dipartimento di Salute Mentale, approvato con deliberazione n. 2885 dd. 28.12.1995.	Accoglimento delle prescrizioni di cui alle note RPC prot. n. 38416 dd. 14.08.2013 e prot. n. 59784 dd 11.12.2014. Adeguamento dei contenuti del Regolamento del DSM, approvato con deliberazione n. 2885 dd. 28.12.1995, a seguito dell'entrata in vigore della normativa di cui alla L. 190/2012 e al D.Lgs 33/2013.	Il Direttore del DSM o altro personale della struttura da questi individuato.	Trasmissione alla Direzione della bozza di Regolamento modificato entro il 30.09.2015.

MACRO ATTIVITA'	ATTIVITA'/PROCESSO	S.O. / S.C. / S.S.
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera A	1. autorizzazioni/concessioni 2. certificazioni 3. sopralluoghi/ispezioni 4. autorizzazione incarichi ex art. 53 D.Lgs 165/2001 s.m.i.	1. Dipartimento di Prevenzione 2. Dipartimento di Prevenzione 3. Dipartimento di Prevenzione/SC Assistenza Farmaceutica 4. SC Gevap
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera B	1. affidamento lavori, servizi, forniture ex D.Lgs 163/2006 s.m.i., proroga dei contratti 2. affidamento lavori, servizi, forniture ex L. 109/94 s.m.i., proroga dei contratti 3. affidamento incarichi consulenza legale/difesa in giudizio, proroga dei contratti	1. SC Programmazione e Controllo Acquisti 2. SC Immobili e Impianti 3. SC Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera C	1. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici/privati 2. rimborso erogazione farmaci	1. DSM/DDD/DIP/Distretti/strutture di direzione amministrativa /strutture di direzione sanitaria/strutture di direzione strategica 2. SC Assistenza Farmaceutica
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera D	1. Concorsi pubblici per personale a tempo indeterminato/determinato 2. Conferimento incarichi esterni ex art. 7, c. 6 D.Lgs 165/2001 s.m.i., ex art. 15 octies D.Lgs 502/92 s.m.i. 3. Conferimento incarichi di docenza ad esterni 4. Reclutamento personale convenzionato (MMG/PLS/EST/SA)	1. SC Gevap 2. SC Gevap 3. SC Gevap 4. SS Gestione delle convenzioni di medicina generale e specialistica

Affari Generali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Supporto giuridico/amministrativo, <u>di carattere straordinario</u>, per necessità aziendali anche riferite all'attività convenzionale dell'A.A.S. n. 1 "Triestina".</p>	<p>1.1. Effettuazione delle verifiche giuridico/amministrative - se richieste e necessarie - al fine di valutare la percorribilità dell'iter proposto da altre Strutture aziendali e/o dalla Direzione. 1.2. In caso di esito positivo delle verifiche di cui al precedente punto 1, riscontro (anche, se del caso, via mail) con parere e/o supporto nella redazione degli atti necessari (se attinenti all'attività convenzionale, volti all'approvazione dei relativi testi).</p>	Alessandra Crocenzi	Soddisfazione del 100% delle richieste pervenute alla S.C. Affari Generali entro l'1.10.2015. Entro il 31.12.2015.
<p>2. Prosecuzione dell'attività di razionalizzazione afferente la funzione immobiliare. Aggiornamento rapporti attivi e passivi dell'A.A.S. n. 1 "Triestina" in essere alla data del 15.12.2015, <u>con evidenza delle eventuali occupazioni, attive e passive, sine titolo.</u></p>	<p>2.1. Aggiornamento - tramite raccolta e classificazione dei dati agli atti dell'ufficio immobiliare - del "file riepilogativo dell'anno 2014" <u>con evidenza delle eventuali occupazioni, attive e passive, sine titolo</u> e con riguardo a tutti i contratti in vigore al 15.12.2015 inerenti: - gli immobili di proprietà dell'A.A.S. utilizzati da terzi; - gli immobili detenuti dall'A.A.S. a vario titolo; - i titoli giuridici di utilizzo con relative scadenze contrattuali/convenzionali; - ove esistenti e/o recuperabili, gli estremi dei provvedimenti di cessione o acquisizione con indicazione dei dati identificativi dei relativi contratti/atti/convenzioni.</p>	Fabio Carbone Fabio Crevatin Elena Zompicchiatti Emmanuela Quinz	<p>2.2. Perfezionamento del "file riepilogativo - anno 2015", <u>con evidenza delle eventuali occupazioni, attive e passive, sine titolo.</u> 2.4. Documentazione attestante tutte le attività (proposte formali, contratti, ecc...), effettuate al fine di giungere all'eventuale formalizzazione contrattuale con la controparte. Entro il 31.12.2015.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>2.2. Inserimento risultanze di cui al precedente punto 1 nel "file riepilogativo relativo all'anno 2015".</p> <p>2.3. Analisi delle eventuali occupazioni <i>sine titulo</i>, finalizzata alla valutazione del titolo giuridico legittimo di utilizzo e dell'iter amministrativo più consono per giungere alla regolarizzazione del rapporto <i>de facto</i>.</p> <p>2.4. Avvio di contatti informali, predisposizione ed invio alla controparte di proposta formale, volta all'eventuale formalizzazione contrattuale.</p>		
<p>3. Censimento unificato degli immobili dell'A.A.S. n. 1 "Triestina" e dell'A.O.U.TS, soggetti all'imposta TARI, per l'omogeneizzazione delle procedure di verifica apertura/variazione/chiusura, finalizzata al corretto pagamento degli importi dovuti.</p>	<p>3.1. Effettuazione di sopralluoghi congiunti - se necessari - presso gli immobili in possesso e/o detenuti dall'A.A.S. n. 1 e dall'A.O.U.TS.</p> <p>3.2. Verifica della correttezza degli elementi necessari (metratura, categoria, numero occupanti ecc..) all'esatta classificazione degli immobili in possesso e/o detenuti dall'A.A.S. n. 1 e dell'A.O.U.TS con eventuale richiesta ai Comuni della Provincia di Trieste di variazione degli elementi di classificazione degli immobili;</p> <p>3.3. Redazione di un elenco unico A.A.S./A.O.U.TS contenente gli immobili in possesso o detenuti dalle medesime, con le specificazioni necessarie (metratura, categoria, utilizzo, numero di occupanti</p>	<p>Fabio Carbone Emmanuela Quinz Elena Zompicchiatti Fabio Crevatin Carla Tonini</p> <p>in collaborazione con personale afferente alla S.C. Gestione Stabilimenti dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Trieste</p>	<p>Predisposizione di un file unico degli immobili dell'A.A.S. n. 1 "Triestina" e dell'A.O.U.TS soggetti all'imposta TARI. Entro il 31.12.2015</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	ecc...) alla verifica della correttezza degli importi richiesti.		
4. Analisi delle destinazioni d'uso degli immobili in proprietà ed in utilizzo dell'A.A.S. n. 1 "Triestina" per verificarne la congruità e l'attualità ai fini del corretto pagamento della TARI.	Predisposizione di un piano d'analisi per il controllo del corretto pagamento della TARI, in ragione della effettiva destinazione d'uso degli immobili in proprietà ed in utilizzo dell'A.A.S. n. 1 "Triestina".	Fabio Carbone in collaborazione con personale afferente alla S.C. Affari Giuridici e attività di supporto direzionale – Funzione Gestione Ambientale Aziendale (Francesca Dragani, Luisa Ripa, Elisabetta Cavazzon)	Predisposizione di un file unico concernente le destinazioni d'uso degli immobili degli immobili in proprietà ed in utilizzo dell'A.A.S. n. 1 "Triestina". Entro il 31.12.2015
5. Problematiche giuridiche e procedurali in ambito contrattuale. Approfondimento e risoluzione a fronte di incertezze dottrinali relative alla forma del contratto ed alla recente introduzione della cd firma digitale.	5.1. Studio e verifica delle problematiche giuridiche e procedurali relative alla teorizzata indifferenza della forma nella stipulazione dei contratti nell'ambito del D.Lgs. n. 163/06 e smi; 5.2. Analisi dell'attualità ed obbligatorietà della forma pubblico - amministrativa, tenuto anche dell'introduzione dell'utilizzo della cd firma digitale; 5.3. Predisposizione di un elaborato (file) sul tema "Attualità e validità della forma pubblico amministrativa nella stipulazione di contratti, conseguenti alle procedure d'appalto, ex D.Lgs. n. 163/06 e smi, anche a seguito dell'introduzione dell'utilizzo obbligatorio della cd firma digitale"	Adriana Scarcia Olga Pinchera Odoni Dalmistro Morena Paola Blanzan	Predisposizione di un elaborato (file) sul tema "Attualità e validità della forma pubblico amministrativa nella stipulazione di contratti, conseguenti alle procedure d'appalto, ex D. Lgs. n. 163/06 e smi anche a seguito dell'introduzione dell'utilizzo obbligatorio della cd firma digitale" Entro il 31.12.2015.
6. Snellimento dell'attività amministrativa della S.S. Attività Contrattuali, in materia di stipulazione di contratti, convenzioni, accordi di cui è parte l'A.A.S. n. 1.	6.1. Implementazione del file dei contratti in essere, curati e repertoriati/protocollati dalla S.S. Attività Contrattuali al 30.06.2015. 6.2. Contestuale implementazione del file dei contratti conclusi alla stessa data. 6.3.	Scarcia Adriana Pinchera Olga Dalmistro Odoni Morena Blanzan Paola Tonini Carla Budin Giuliana	6.1. Implementazione del file dei contratti in essere, curati e repertoriati/protocollati dalla S.S. Attività Contrattuali al 30.06.2015. 6.2,3. Implementazione del file dei contratti conclusi ed archiviati alla stessa data.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Archiviazione dei fascicoli relativi.		Entro il 31/12/2015.
7. Conservazione di un registro di tutte le raccomandate pervenute all’A.A.S. n. 1 “Triestina”.	Registrazione <u>immediata</u> su un file condiviso di tutte le raccomandate pervenute <u>in giornata</u> al Protocollo Generale.	Daniela Massaria Alessandro Bacci Stefano Rizzetto Rodolfo Sirca	Registro completo e <u>aggiornato quotidianamente</u> su file condiviso. Entro il 31/12/2015.
8. Conservazione dei Registri annuali dei decreti e delle determinazioni dirigenziali dell’A.A.S. 1	Archiviazione <u>tempestiva</u> , in ADWEB, di tutti i decreti e determinazioni dirigenziali adottati dall’A.A.S. n. 1 “Triestina”, nel corso del 2015.	Daniela Massaria Alessandro Bacci Stefano Rizzetto Rodolfo Sirca Giuliana Budin	Archiviazione in ADWEB, di tutte le deliberazioni e delle determinazioni dirigenziali, adottati entro il 10/12/2015. Entro il 31.12.2015.

OBIETTIVI TRASVERSALI – TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
A. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, con cadenza periodica.	Effettuare il monitoraggio semestrale ed annuale dei termini dei procedimenti di competenza rientranti nel PTPC, con l'obbligo di segnalare eventuali scostamenti o anomalie riscontrate, da inviare ai fini della pubblicazione al Responsabile della Trasparenza	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (V. tabella allegata).	Trasmissione del report al Responsabile della Trasparenza ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro il 15 gennaio dell'anno
B. Valutazione delle modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi di competenza a maggiore rischio di corruzione.	Formulazione di una proposta operativa ai fini dell'applicazione del principio della rotazione periodica del responsabile del procedimento, tenuto conto della necessità di garantire la continuità delle attività della struttura e contemperando l'esigenza, ove riscontrata, dell'impiego delle competenze e delle specializzazioni acquisite.		Trasmissione del documento di analisi e proposta alla Direzione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 0.11.2015.
Aggiornamento dei contenuti del Regolamento del Dipartimento di Salute Mentale, approvato con deliberazione n. 2885 dd. 28.12.1995.	Accoglimento delle prescrizioni di cui alle note RPC prot. n. 38416 dd. 14.08.2013 e prot. n. 59784 dd 11.12.2014. Adeguamento dei contenuti del Regolamento del DSM, approvato con deliberazione n. 2885 dd. 28.12.1995, a seguito dell'entrata in vigore della normativa di cui alla L. 190/2012 e al D.Lgs 33/2013.	Il Direttore del DSM o altro personale della struttura da questi individuato.	Trasmissione alla Direzione della bozza di Regolamento modificato entro il 30.09.2015.

MACRO ATTIVITA'	ATTIVITA'/PROCESSO	S.O. / S.C. / S.S.
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera A	1. autorizzazioni/concessioni 2. certificazioni 3. sopralluoghi/ispezioni 4. autorizzazione incarichi ex art. 53 D.Lgs 165/2001 s.m.i.	1. Dipartimento di Prevenzione 2. Dipartimento di Prevenzione 3. Dipartimento di Prevenzione/SC Assistenza Farmaceutica 4. SC Gevap
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera B	1. affidamento lavori, servizi, forniture ex D.Lgs 163/2006 s.m.i., proroga dei contratti 2. affidamento lavori, servizi, forniture ex L. 109/94 s.m.i., proroga dei contratti 3. affidamento incarichi consulenza legale/difesa in giudizio, proroga dei contratti	1. SC Programmazione e Controllo Acquisti 2. SC Immobili e Impianti 3. SC Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera C	1. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici/privati 2. rimborso erogazione farmaci	1. DSM/DDD/DIP/Distretti/strutture di direzione amministrativa /strutture di direzione sanitaria/strutture di direzione strategica 2. SC Assistenza Farmaceutica
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera D	1. Concorsi pubblici per personale a tempo indeterminato/determinato 2. Conferimento incarichi esterni ex art. 7, c. 6 D.Lgs 165/2001 s.m.i., ex art. 15 octies D.Lgs 502/92 s.m.i. 3. Conferimento incarichi di docenza ad esterni 4. Reclutamento personale convenzionato (MMG/PLS/EST/SA)	1. SC Gevap 2. SC Gevap 3. SC Gevap 4. SS Gestione delle convenzioni di medicina generale e specialistica

Gestione e Valorizzazione del Personale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Prosieguo utilizzazione del protocollo informatico e della posta elettronica informatizzata (IOP) e posta elettronica certificata(PEC)- per la corrispondenza inviata alle P.A. e privati che hanno scritto con PEC (Protocollo AAS)</p>	<p>1. Verifica tramite monitoraggio bimestrale del flusso della posta inviata dagli uffici con IOP/PEC</p> <p>2. Firma digitale del CS/DA/DS – gestione corretta: ricezione dagli uffici invio a direzione acquisizione documento firmato protocollo e invio</p>	<p>SEGRETERIA</p> <p>SEGRETERIA</p>	<p>1. Produzione di un report con cadenza bimestrale e invio del report al Responsabile SC e ai Responsabili uffici: - entro il 20.04.2015 per i mesi di gennaio, febbraio e marzo; - entro il 20.05.2015 per il mese di aprile; - entro il giorno 20 del mese successivo al bimestre per i mesi da maggio in poi.</p> <p>2. Individuazione corrispondenza a firma CS/DA/DS con inserimento nel protocollo del mittente; a partire dal 1/04/2015 acquisizione firma digitale almeno 90%, dimostrabile attraverso la produzione di idoneo report.</p>
<p>2. Elezioni per il rinnovo della Rappresentanza Sindacale Unitaria 2015. Cura di tutti gli aspetti inerenti lo svolgimento delle elezioni, di competenza dell'Amministrazione, ai sensi dei vigenti CCNQ e circolari ARAN.</p>	<p>Svolgimento degli adempimenti previsti dai CCNQ e circolari ARAN vigenti secondo le tempistiche previste.</p>	<p>SS Relazioni Sindacali</p> <p>Segreteria SC Gevap</p>	<p>Lo svolgimento degli adempimenti previsti ed il rispetto delle relative scadenze devono risultare dagli atti formali che devono essere predisposti per garantire lo svolgimento delle elezioni, riepilogati in apposita relazione predisposta dal Responsabile del Procedimento ed inoltrata al responsabile SS RS con not@ entro il 30.04.2015.</p>
<p>3.</p>	<p>utilizzo dell'invio IOP/PEC con le</p>	<p>SS Relazioni Sindacali</p>	<p>1.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Gestione a regime dell'invio della Posta tramite IOP/PEC, per la corrispondenza Protocollo AAS.	regole stabilite nel 2014 – (Circolare Prot. N° 9228 dd. 25.02.2014)		Utilizzo IOP/PEC per almeno il 90% della corrispondenza a firma del responsabile SC, SS, PO 2. Produzione di un elenco degli invii senza IOP/PEC, con le motivazioni.
4. Ridefinizione delle competenze per la rilevazione del monte ore dei permessi sindacali.	1. Analisi dei CCNQ/norme vigenti in materia; 2. Confronto con gli uffici (Giuridico/Tratt. Econ.)che gestiscono una parte dei dati necessari; 3. Definizione di una procedura di qualità.	1. SS Relazioni Sindacali 2. SS Relazioni Sindacali/Resp. SS Giuridico e Resp. Trattamento Economico	1. Presentazione di idonea relazione al Responsabile SS con not@. Entro il 30.09.2015 2. Presentazione di una Procedura di qualità per la corretta destinazione delle competenze. Entro il 31.12.2015
5. Gestione a regime dell'invio della Posta tramite IOP/PEC, per la corrispondenza Protocollo AAS.	utilizzo dell'invio IOP/PEC con le regole stabilite nel 2014 – (Circolare Prot. N° 9228 dd. 25.02.2014)	SS Trattamento Giuridico	1. Utilizzo IOP/PEC per almeno il 90% della corrispondenza a firma del responsabile SC, SS, PO 2. Produzione di un elenco degli invii senza IOP/PEC, con le motivazioni
6. Ottimale archiviazione della documentazione per-venuta alla SS	Prosecuzione del riordino progressivo dei fascicoli personali, mediante riesame e riordino di almeno 150 fascicoli	Sergio DEPANGHER	Produzione di un documento contenente l'elenco dei fascicoli riordinati, da inviare con e mail al responsabile SS entro 31.12.2015
7. Evidenza dei nomi e dei numeri d'archivio assegnati ai fascicoli dei cessati pre-scorpore con Aouts (ex dipendenti dell'OORR, delle USL, degli enti mutualistici soppressi)	Creazione di un file in excel con indicazione del cognome /nome associato al relativo numero di catalogazione assegnato dall'Archivio Generale		Invio entro 31/12/15 di una mail al Responsabile dell'SS Giuridico per evidenza fine lavoro ed inserimento del file nel server

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>8. Diffusione verso i Responsabili delle strutture delle regole e degli obblighi su precipui istituti contrattuali</p>	<p>1. Definizione di un gruppo di domande poste frequentemente – FAQ, completo di risposte esaurienti e sintetiche, previo confronto con i responsabili, in materia di MALATTIA anche per i dipendenti transfrontalieri</p> <p>2. Definizione di un gruppo di domande poste frequentemente – FAQ, completo di risposte esaurienti e sintetiche, previo confronto con i responsabili, in materia di ASPETTATIVE</p>	<p>Antonella BIANCOTTO, Adriana CRNIGOJ</p>	<p>1. Inoltro di proposta delle FAQ ai coordinatori, per acquisire suggerimenti ed implementazioni entro il 31.08.2015 inoltro delle FAQ all’ufficio Comunicazione del sistema informativo per la relativa pubblicazione entro 31.10.2015</p> <p>2. Inoltro di proposta delle FAQ ai coordinatori, per acquisire suggerimenti ed implementazioni entro il 31.10.2015 inoltro delle FAQ all’ufficio Comunicazione del sistema informativo per la relativa pubblicazione entro 31.12.2015</p>
<p>9. diffusione verso i Responsabili delle strutture delle regole e degli obblighi su precipui istituti contrattuali</p>	<p>1. Schematizzazione del promemoria maternità e della relativa documentazione utile (procedura dettagliata sulla stampa “assenze congedi di maternità”, e esempi su come usufruire i congedi)</p> <p>2. Definizione di un gruppo di domande poste frequentemente – FAQ, completo di risposte esaurienti e sintetiche, previo confronto con i responsabili, in materia di tutela della maternità</p>	<p>Antonella BIANCOTTO, Adriana CRNIGOJ</p>	<p>1. Invio per e-mail ai coordinatori delle strutture che hanno dipendenti in maternità anno 2014/2015 del promemoria maternità entro 30.06.2015</p> <p>2. Inoltro di proposta delle FAQ ai coordinatori, per acquisire suggerimenti ed implementazioni entro il 31.10.2015 inoltro delle FAQ all’ufficio Comunicazione del sistema informativo per la relativa pubblicazione entro 31.12.2015</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
10. Prosecuzione nella attivazione del Self Service del Dipendente (SSD) in tutta l'Azienda	Attivazione di SSD nei quattro Distretti,	Graziella LORENZI, Giulio GREBLO	Avvio per almeno il 50% delle strutture programmate, entro il 31.12.15 ed a condizione della presenza degli account del personale coinvolto. Avvio da comunicare con e mail al responsabile GEVAP
11. Analisi della normativa comunitaria e nazionale nonché degli accordi bilaterali, relativamente all'inabilità lavorativa temporanea all'estero	Studio dei regolamenti attuativi allo scopo di individuare le corrette modalità di giustificazione all'Azienda in caso di assenza per malattia dei dipendenti italiani residenti all'estero (c.d. frontalieri) e/o dipendenti residenti in Italia che si ammalano all'estero	Responsabile P.O. Giuridico	invio di una prima elaborazione all'Ufficio Convenzioni Internazionali entro il 28.02.2015 e presentazione di circolare da inviare a tutti i dipendenti del AAS1 e del BURLO entro il 30.04.2015
12. Azioni propedeutiche all'ac-corpamento AAS 1 / AOUTS – ac-quisizione e fornitura prestazioni del personale per l'anno 2015	1. Elaborazione di proposta gestione rapporti convenzionali fra AAS 1 e AOUTS di acquisizione e fornitura di prestazioni per l'anno 2015. 2. Gestione degli aspetti economici conseguenti, con evidenza delle attività in orario e fuori orario, e a debito/credito	Responsabile SS Gestione Trattamento Giuridico dott.a Elisa Pikiz	1. Invio proposta alla Direzione Strategica entro il 31.03.2015 2. Invio al Responsabile SC GEVAP della rilevazione costi/ricavi semestrali,
13. Gestione a regime dell'invio della Posta tramite IOP/PEC, per la corrispondenza Protocollo AAS.	Utilizzo dell'invio IOP/PEC con le regole stabilite nel 2014 – (Circolare Prot. N° 9228 dd. 25.02.2014)	SS Acquisizione e Carriera del Personale	Utilizzo IOP/PEC per almeno il 90% della corrispondenza a firma del responsabile SC, SS, PO e produzione di un elenco degli invii senza IOP/PEC, con le motivazioni
14. Elaborazione di un "Manuale operativo delle procedure selettive" relativo alle modalità di svolgimento	1. Ricognizione dei riferimenti normativi e giurisprudenziali, invio della raccolta dei riferimenti aggiornata, al	SS Acquisizione e Carriera del Personale	Pubblicazione del manuale sullo spazio INTRANET aziendale di competenza ed inoltro dello stesso alle commissioni esaminatrici, a regime.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>ed alle relative regole di funzionamento, finalizzato a fornire alle Commissioni concrete istruzioni operative, nel rispetto delle normative e delle indicazioni giurisprudenziali, migliorando l'efficienza e la correttezza dei lavori.</p>	<p>responsabile Ge.Va.P., mediante mail, entro il 30.06.2015.</p> <p>2. Rilevazione della casistica di situazioni, eventi ed eventuali rimostranze rilevanti o contenziosi, occorsi nelle procedure selettive espletate negli ultimi 3 anni, mediante analisi dei verbali ed altri atti, entro il 30.09.2015.</p> <p>3. Stesura della bozza del manuale e invio del Manuale al responsabile GeVaP, per visione ed approvazione, mediante mail, entro 30.11.2015</p> <p>4. Invio al Ufficio Comunicazione per la pubblicazione entro 15 giorni dall'approvazione da parte del responsabile GeVaP</p>		
<p>15. Ridefinizione delle modalità di valutazione del personale dirigente da parte dei Collegi Tecnici, ai sensi dell'art. 15, comma 5 del D.Lgs. 502/92 e s.m. e i. e degli artt. 25-32 del CCNL 03.11.2005, tenendo conto del processo di unificazione dell'A.A.S. 1 e dell'A.O.U. "Ospedali Riuniti".</p>	<p>1. Revisione della scheda per la valutazione di I istanza, con particolare riferimento a strutturazione, criteri di valutazione, punteggi e dati dell'incarico dirigenziale entro il 30.06.2015.</p> <p>2. Revisione della scheda per la valutazione da parte del Collegio Tecnico (II istanza) con particolare riferimento a strutturazione, criteri di valutazione e dati dell'incarico dirigenziale entro il 31.08.2015</p>	<p>SS Acquisizione e Carriera del Personale</p>	<p>Proposta di nuovo regolamento, a disciplina della valutazione del personale dirigente da parte dei Collegi Tecnici, applicabile all'ambito territoriale ed all'ambito ospedaliero entro il 30.11.2015.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. Invio della bozza di Regolamento al responsabile Ge.Va.P. ed alla Direzione strategica		
16. Gestione a regime dell'invio della Posta tramite IOP/PEC, per la corrispondenza Protocollo AAS.	Utilizzo dell'invio IOP/PEC con le regole stabilite nel 2014 – (Circolare Prot. N° 9228 dd. 25.02.2014)	Trattamento Economico	Utilizzo IOP/PEC per almeno il 90% della corrispondenza a firma del responsabile SC, SS, PO e produzione di un elenco degli invii senza IOP/PEC, con le motivazioni
17. Verifica correttezza redditi autocertificati da alcuni dipendenti per richieste dell'Assegno per il Nucleo Familiare AAS 1 – IRCCS BURLO al fine di erogare benefici effettivamente spettanti.	1. Individuazione dei 5 dipendenti con importo ANF attualmente più elevato in entrambe le Aziende gestite. 2. Invio richiesta/autorizzazione verifica redditi nucleo familiare dei dipendenti individuati all'Agenzia delle Entrate. 3. Comunicazione ai rispettivi Responsabili del Personale di entrambe le aziende dell'esito delle verifiche e al personale eventualmente interessato al recupero di ANF non spettanti.	Tutto il personale dell'A.A.S. N. 1 e Ist. Burlo afferente la Gestione del Trattamento Economico	1. Produzione elenco (file) ANF erogati correntemente con evidenza ai Responsabili del Personale dei 5 dipendenti con importo ANF più elevato in entrambe le Aziende gestite tramite mail entro il 30/04/2015 . 2. Effettuazione richiesta/autorizzazione per riscontro redditi dei dipendenti individuati all'Agenzia delle Entrate entro il 30/06/2015 . 3. Invio ai rispettivi Responsabili del Personale dell'esito delle verifiche tramite mail entro il 30/09/2015 ed effettuazione eventuali recuperi ANF entro il 31/10/2015 , con comunicazione al personale interessato.
18. Completa revisione in base alla nuova classificazione tariffaria del personale AAS N. 1 Triestina per effetto dell'inquadramento attribuito	1. Analisi nuova classificazione del personale in base all'inquadramento comunicato dall'Inail e conseguente disposizione variazioni alla Soc. Insiel,	Tutto il personale dell'A.A.S. N. 1 e Ist. Burlo afferente la Gestione del Trattamento Economico	Inserimento del personale non classificato tramite automatismi e conferma completa conclusione aggiornamenti classificazione al Responsabili Gevap e Trattamento

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
dall'INAIL con decorrenza 1/1/2015 a seguito del riordino del SSR onde effettuare correttamente l'assoggettamento del rischio e la determinazione premio.	nei casi possibili tramite automatismi entro il 30/06/2015.. 2. Rilevazione rimanente personale da inserire nelle nuove voci tariffarie non precedentemente classificate e conseguenti aggiornamenti nelle procedure stipendiali/giuridiche.		Giuridico tramite mail entro il 31/10/2015.
19. Gestione a regime dell'invio della Posta tramite IOP/PEC, per la corrispondenza Protocollo AAS.	utilizzo dell'invio IOP/PEC con le regole stabilite nel 2014 – (Circolare Prot. N° 9228 dd. 25.02.2014)	Il personale della FQP	Utilizzo IOP/PEC per almeno il 90% della corrispondenza a firma del responsabile SC, SS, PO e produzione di un elenco degli invii senza IOP/PEC, con le motivazioni
20. Sostenere le linee di sviluppo strategico con progetti formativi integrati AAS 1/AOUTS di maggior rilevanza strategica	1. Individuazione delle aree tematiche e dei relativi percorsi formativi per ciascuna area tematica individuata entro il 23/02/2015 2. Predisposizione di un'ipotesi di piano formativo integrato entro il 23/02/2015 3. Presentazione del piano alle OOSS dell'AAS 1 e AOUTS entro 31/03/2015 4. Pianificazione ed erogazione delle attività formative	Il personale della FQP	Erogazione di 5 percorsi formativi entro il 31/12/2015 (Invio @del prospetto al Resp. SC GEVAP)
21. Applicazione del regolamento per la valutazione permanente delle prestazioni individuali svolte del personale del comparto. Formazione dei valutatori di prima istanza.	Predisposizione di un evento formativo destinato ai valutatori di prima istanza.	Il personale della FQP	Svolgimento di un evento formativo destinato alla formazione teorica e pratica dei valutatori di prima istanza, al fine di fornire ai soggetti interessati le conoscenze utili all'esercizio funzionale del ruolo di valutatore. Entro il 31/12/2015

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
22. Gestione a regime dell'invio della Posta tramite IOP/PEC, per la corrispondenza Protocollo AAS.	Utilizzo dell'invio IOP/PEC con le regole stabilite nel 2014 – (Circolare Prot. N° 9228 dd. 25.02.2014)	Trattamento Previdenziale	Utilizzo IOP/PEC per almeno il 90% della corrispondenza a firma del responsabile SC, SS, PO e produzione di un elenco degli invii senza IOP/PEC, con le motivazioni
23. Realizzazione di un programma informativo su tematiche previdenziali e sulle norme previste per l'adesione al "Fondo PERSEO", ex L. 335/95.	Programmazione di una serie di incontri "InFormativi" con il personale dipendente delle tre Aziende Sanitarie di Trieste. Predisposizione del relativo calendario di incontri con il personale: Osp. Cattinara (n.2 giornate) Osp. Maggiore (n.2 giornate) S.Giovanni (n.1 giornata) Uffici Centrali Farneto (1 giornata) I.R.C.C.S Burlo(n.2 giornate)	Il Responsabile del Trattamento Previdenziale Ge.Va.P. Giuseppe BIANCO Personale Ufficio Trattamento Previdenziale	Svolgimento degli 8 incontri programmati entro il 30/11/2015. Relazione conclusiva degli eventi al Responsabile Ge.Va.P, via mail, entro il 31.12.2015
24. Aggiornamento schede/moduli necessari per tutta l'attività dell'Ufficio Trattamento Previdenziale, conseguente alla nuova denominazione aziendale.	Aggiornamento/adequamento della modulistica previdenziale ufficiale riferita all'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina".	Personale Ufficio Trattamento Previdenziale	Aggiornamento della modulistica prevista nell'ambito dell'attività dell'Ufficio e pubblicazione nel Sito Aziendale entro il 30.06.15.
25. Predisposizione di idonea circolare informativa al personale, in applicazione della nota prot. n. 4848 dd. 06.03.2015 della Direzione Centrale Salute della Regione F.V.G., per la divulgazione delle informazioni necessarie all'adesione al Fondo Pensione complementare Perseo-Sirio	Redazione di una appropriata circolare informativa, da destinare a tutto il personale dipendente, sulle modalità e vantaggi previsti con l'adesione al Fondo Pensione complementare Perseo-Sirio.	Il Responsabile del Trattamento Previdenziale Ge.Va.P. Giuseppe BIANCO	Inoltro della bozza di Circolare, relativa al Fondo Perseo-Sirio, al Responsabile Ge.Va.P. con nota @mail, entro il 30/04/2015.
26. Svolgimento degli adempimenti conseguenti all'adozione del nuovo	Redazione di idonea circolare esplicativa del sistema per i Responsabili di struttura, PO,	Elisa Pikiz	Inoltro della circolare al Resp. GEVAP con not@ entro il 31.05.2015.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
sistema di valutazione del personale del comparto.	coordinatori (valutatori di I istanza) e personale dipendente		
27. OBIETTIVO CONGIUNTO CON AOUTS Riordino istituzionale previsto dalla LR 17/2014, con riferimento alla incorporazione della AOU TS nell'AAS n. 1: avvio dell'unificazione degli uffici e delle attività con riferimento alla mobilità interna del personale del comparto	Individuazione delle macro differenze rispetto alla distribuzione delle competenze fra i vari uffici delle due Aziende, e individuazione delle macro differenze nella modalità di gestione della materia attraverso appositi incontri fra gli omologhi uffici delle due Aziende	Il Resp. SC GEVAP - AAS1 e il Responsabile SC GRU - AOUTS	Produzione di idoneo/i verbale/i, sottoscritto/i dai responsabili su apposita modulistica, contenenti l'evidenza delle macro differenze rilevate ed elaborazione di una bozza di regolamento condiviso tra AAS e AOU TS, da presentare con invio per e mail alla competente Direzione Amministrativa, entro il 30 novembre 2015

OBIETTIVI TRASVERSALI – TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
A. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, con cadenza periodica.	Effettuare il monitoraggio semestrale ed annuale dei termini dei procedimenti di competenza rientranti nel PTPC, con l'obbligo di segnalare eventuali scostamenti o anomalie riscontrate, da inviare ai fini della pubblicazione al Responsabile della Trasparenza	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del report al Responsabile della Trasparenza ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro il 15 gennaio dell'anno
B. Valutazione delle modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi di competenza a maggiore rischio di corruzione.	Formulazione di una proposta operativa ai fini dell'applicazione del principio della rotazione periodica del responsabile del procedimento, tenuto conto della necessità di garantire la continuità delle attività della struttura e temperando l'esigenza, ove riscontrata, dell'impiego delle competenze e delle specializzazioni acquisite.	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del documento di analisi e proposta alla Direzione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 30.11.2015 .

MACRO ATTIVITA'	ATTIVITA'/PROCESSO	S.O. / S.C. / S.S.
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera A	1. autorizzazioni/concessioni 2. certificazioni 3. sopralluoghi/ispezioni 4. autorizzazione incarichi ex art. 53 D.Lgs 165/2001 s.m.i.	1. Dipartimento di Prevenzione 2. Dipartimento di Prevenzione 3. Dipartimento di Prevenzione/SC Assistenza Farmaceutica 4. SC Gevap
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera B	1. affidamento lavori, servizi, forniture ex D.Lgs 163/2006 s.m.i., proroga dei contratti 2. affidamento lavori, servizi, forniture ex L. 109/94 s.m.i., proroga dei contratti 3. affidamento incarichi consulenza legale/difesa in giudizio, proroga dei contratti	1. SC Programmazione e Controllo Acquisti 2. SC Immobili e Impianti 3. SC Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera C	1. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici/privati 2. rimborso erogazione farmaci	1. DSM/DDD/DIP/Distretti/strutture di direzione amministrativa/strutture di direzione sanitaria/strutture di direzione strategica 2. SC Assistenza Farmaceutica
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera D	1. Concorsi pubblici per personale a tempo indeterminato/determinato 2. Conferimento incarichi esterni ex art. 7, c. 6 D.Lgs 165/2001 s.m.i., ex art. 15 octies D.Lgs 502/92 s.m.i. 3. Conferimento incarichi di docenza ad esterni 4. Reclutamento personale convenzionato (MMG/PLS/EST/SA)	1. SC Gevap 2. SC Gevap 3. SC Gevap 4. SS Gestione delle convenzioni di medicina generale e specialistica

Finanza e Controllo

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Adempimenti contabili determinati dall'entrata in vigore del D. Lgs. 118/2011	1. Ridefinizione delle causali contabili nel sistema gestionale della contabilità (Co.Op.) 2. Verifica dell'anagrafica della contabilità a seguito della migrazione nel nuovo ambiente contabile 3. Predisposizione di un prospetto riportante le associazioni tra i conti del nuovo piano dei conti e gli acronimi utilizzati dal gestionale contabile	Tutto il personale della S.C.F.C.	1. Definizione dell'elenco delle causali e relativa associazione ai conti del nuovo piano dei conti 2. Reinserimento manuale di tutti i soggetti presenti nel vecchio ambiente, che non sono migrati automaticamente nell'anagrafica del nuovo ambiente contabile 3. Realizzazione di un file excel che consenta di individuare gli acronimi associati ai singoli conti della contabilità.
2. Adeguamento della gestione IVA a seguito dell'introduzione del nuovo meccanismo dello <i>split payment</i> , di cui alla L. 190/2014 in vigore dall'1.1.2015	1. Individuazione e attivazione dei nuovi sezionali e correlate voci IVA; 2. Creazione dei nuovi "tipi documento" per fatture soggette a <i>split payment</i> ; 3. Adempimenti fiscali mensili a partire dal mese di aprile 2015.	Tutto il personale della S.C.F.C.	Istituzione e produzione del registro 2015 IVA <i>split</i> , alimentazione mensile in quadratura con la contabilità e versamento mensile tramite F24EP con apposito codice tributo a partire dal mese di aprile 2015.
3. Fatturazione elettronica	Individuazione delle operazioni connesse ad un'efficace gestione delle fatture elettroniche: 1. partecipazione agli specifici corsi organizzati da Insiel del personale della sezione Uscite; 2. profilatura degli uffici della SCFC nell'ambito della piattaforma web dedicata alla gestione delle fatture elettroniche; 3. monitoraggio del processo di fatturazione elettronica e stesura di una procedura per la	Personale della Sezione Uscite della S.C.F.C.	Individuazione degli uffici, inserimento degli stessi nella piattaforma web SDI-FVG, associazione degli operatori ai singoli uffici e stesura di una procedura per la gestione delle fatture elettroniche entro tre mesi dall'avvio della fatturazione elettronica.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	gestione della ricezione, assegnazione, protocollazione delle fatture elettroniche anche a seguito di eventuali criticità riscontrate nel periodo di avvio e conseguenti eventuali aggiustamenti da parte del gestore regionale.		
4. Gestione per “famiglie” della fatturazione ai condomini (verifiche impianti, derattizzazioni, pareri)	Implementazione nel gestionale contabile Co.Op. della gestione per “famiglie” nell’emissione di fatture e conseguentemente nell’invio dei solleciti allo scopo di ridurre le inefficienze causate dal continuo cambio degli amministratori.	Personale della Sezione Entrate della S.C.F.C.	Creazione tramite il software ODBC di un elenco/archivio di “famiglie” di condomini per ciascun amministratore, che permetta l’immediata attribuzione della fattura all’Amministratore - entro il 30.09.2015
5. Aggiornamento dei contenuti del Regolamento aziendale per la disciplina delle responsabilità e delle competenze dirigenziali nell’adozione di atti e provvedimenti amministrativi e nella definizione del processo di budget, adottato <i>ad ultimum</i> con deliberazione n. 107/2012, e relativo allegato, a seguito della riforma introdotta dalla L.R. 17/2014, delle disposizioni di cui al D.Lgs n. 118/2011 e dell’adozione del nuovo Piano dei conti regionale.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analisi della normativa nazionale e regionale e dei contratti vigenti, disciplinanti le funzioni e le competenze dirigenziali nell’adozione di atti e provvedimenti amministrativi e nella definizione del processo di budget; 2. Verifica dell’adeguatezza dei contenuti del Regolamento approvato con provvedimento n. 107/2012, alla luce delle risultanze dell’istruttoria; 3. Revisione dell’allegato Piano dei Conti, mediante l’associazione di ciascun conto di contabilità generale con il relativo centro di risorsa ed inoltro di tale documento provvisorio alle strutture aziendali; 4. Redazione del testo in bozza del Regolamento e del relativo allegato Piano dei Conti, nonché del provvedimento di adozione dello stesso 	<p>Dirigente Responsabile della S.C.F.C. Cinzia Contento</p> <p>Dirigente Responsabile della S.S. Bilancio e Coordinamento Lorenzo Irimi</p> <p>con la collaborazione del personale della Segreteria del Commissario Straordinario: Luisa Giove Brigida Romeo</p>	<p>Azioni 1-4</p> <p>Invio alla strutture aziendali ed alla Direzione strategica di una versione provvisoria del Piano dei conti con le debite associazioni entro il 30.06.2015.</p> <p>Invio alla Direzione strategica aziendale della bozza di decreto e regolamento con allegato Piano dei conti entro il 15.12.2015.</p>

OBIETTIVI TRASVERSALI – TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
A. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, con cadenza periodica.	Effettuare il monitoraggio semestrale ed annuale dei termini dei procedimenti di competenza rientranti nel PTPC, con l'obbligo di segnalare eventuali scostamenti o anomalie riscontrate, da inviare ai fini della pubblicazione al Responsabile della Trasparenza	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del report al Responsabile della Trasparenza ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro il 15 gennaio dell'anno
B. Valutazione delle modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi di competenza a maggiore rischio di corruzione.	Formulazione di una proposta operativa ai fini dell'applicazione del principio della rotazione periodica del responsabile del procedimento, tenuto conto della necessità di garantire la continuità delle attività della struttura e temperando l'esigenza, ove riscontrata, dell'impiego delle competenze e delle specializzazioni acquisite.	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del documento di analisi e proposta alla Direzione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 30.11.2015 .

MACRO ATTIVITA'	ATTIVITA'/PROCESSO	S.O. / S.C. / S.S.
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera A	<ol style="list-style-type: none"> 1. autorizzazioni/concessioni 2. certificazioni 3. sopralluoghi/ispezioni 4. autorizzazione incarichi ex art. 53 D.Lgs 165/2001 s.m.i. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dipartimento di Prevenzione 2. Dipartimento di Prevenzione 3. Dipartimento di Prevenzione/SC Assistenza Farmaceutica 4. SC Gevap
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera B	<ol style="list-style-type: none"> 1. affidamento lavori, servizi, forniture ex D.Lgs 163/2006 s.m.i., proroga dei contratti 2. affidamento lavori, servizi, forniture ex L. 109/94 s.m.i., proroga dei contratti 3. affidamento incarichi consulenza legale/difesa in giudizio, proroga dei contratti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SC Programmazione e Controllo Acquisti 2. SC Immobili e Impianti 3. SC Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera C	<ol style="list-style-type: none"> 1. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici/privati 2. rimborso erogazione farmaci 	<ol style="list-style-type: none"> 1. DSM/DDD/DIP/Distretti/strutture di direzione amministrativa/strutture di direzione sanitaria/strutture di direzione strategica 2. SC Assistenza Farmaceutica
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera D	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concorsi pubblici per personale a tempo indeterminato/determinato 2. Conferimento incarichi esterni ex art. 7, c. 6 D.Lgs 165/2001 s.m.i., ex art. 15 octies D.Lgs 502/92 s.m.i. 3. Conferimento incarichi di docenza ad esterni 4. Reclutamento personale convenzionato (MMG/PLS/EST/SA) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SC Gevap 2. SC Gevap 3. SC Gevap 4. SS Gestione delle convenzioni di medicina generale e specialistica

Sistema Informativo

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Attivazione di servizi CUP per gli accreditati della provincia di Trieste	1 Raccolta e censimento candidati. 2 Valutazione attrezzaggi dotazioni esistenti e delle modalità di connessione e di procedura. 3. Indicazioni operative a collaboratori SCSi e Insiel. 4 Verifica con accreditati e referenti.	Direttore SCSi	Almeno tre strutture accreditate a regime.
2. Obiettivo del Dirigente: Gestione/monitoraggio per quanto di competenza IT di alcune attività relative al servizio di noleggio delle postazioni PdL (PC e relativo software di sistema/operativo nonché stampante e consumabili) nelle Farmacie convenzionate per il servizio C.U.P. nella Provincia di Trieste	1. Analisi dei costi e benefici (organizzativi/economici/livello qualità del servizio) derivanti dal progetto sperimentale di noleggio delle postazioni PdL utilizzate nelle Farmacie convenzionate con A.A.S.1 per il servizio C.U.P.. (periodo 1/08/2014-31/07/2015).. Analisi sui dati certi dei primi 8 mesi, con proiezione sui 12 mesi. 2. Predisposizione in base a quanto emerso al punto 1. delle specifiche (eventuale predisposizione con SCPCA di un provvedimento a contrarre) di competenza tecnica per l'indizione di una gara eventualmente tramite l'EGAS (se EGAS accetterà la proposta di presa in carico della trattativa) per il servizio di noleggio, perlomeno a tutto il periodo coperto dalla Convenzione con le Farmacie prevista in scadenza al 30/09/2017. 3. Avvio e conclusione della procedura di gara – <u>solo se avviata da AAS1.</u>	Dirigente Dott. Lorenzo Grion	1. Report con l'analisi dei dati rilevati - entro 15/05/2015. 2. Richiesta all'EGAS per eventuale avvio della procedura – entro il 31/05/2015 e invio documentazione (Capitolato) all'EGAS (nel caso di espletamento da parte dell'EGAS della procedura di gara - entro 15/06/2015 o provvedimento a contrarre per l'avvio della procedura di affidamento del servizio di noleggio (nel caso la gara sia effettuata da <u>AAS1</u>) - entro il 30/05/2015. 3. Provvedimento di affidamento – entro il 31/07/2015.
3. Supporto Sistema "Amministrazione	Esecuzione monitoraggi semestrale sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione come previsti dal Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità	Comunicazione	Invio dei risultati di almeno 2 monitoraggi semestrali al Responsabile della Trasparenza

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Trasparente”	2015 – 2017.		
4. Integrazione attività di comunicazione esterna su piattaforme social con URP AOOTS	1. Definizione delle modalità operative con URP AOOTS. 2. Diffusione delle informazioni AOOTS sui profili social AAS1 (Facebook e Twitter).	Comunicazione	Predisposizione Istruzioni Operative condivise entro 30 giugno 2015 in collaborazione con URP AOOTS. Pubblicazione sui profili social delle informazioni ricevute, come da tempistica definita nelle Istruzione Operative, in base alla tipologia di contenuto entro 31/12/2015.
5. Applicazione dei nuovi criteri di priorità definiti sia a livello regionale che provinciale	Adozione dei criteri di accesso prioritizzato nelle branche specialistiche e per le prestazioni concordate sia a livello regionale che nel Piano per il governo dei tempi di attesa interaziendale della provincia di Trieste	CUP	Avvio delle agende di prenotazione stratificate per criterio di priorità entro 4 mesi dall’emanazione ufficiale del dispositivo.
6. Attivazione programma CUP Regionale c/o le Strutture Accreditate non ancora informatizzate	1 Configurazione strutture 2 Formazione del personale 3 Attivazione password per gli operatori 4 Avviamento	CUP	Utilizzo del programma in autonomia al fine di visualizzare/stampare gli elenchi dei prenotati, inserire dati ed effettuare prenotazioni. Verifica dell’appropriato e corretto inserimento degli appuntamenti, delle autocertificazioni per esenzione ticket e del contributo sociale.
7. Attivazione programma CUP Regionale c/o il servizio di Sanità Penitenziaria	1 Configurazioni e collegamenti 2 Formazione del personale 3 Installazione programma CUP Regionale 4 Attivazione password per gli operatori 5 Avviamento	CUP - Informatica	Utilizzo del programma al fine dell’inserimento in autonomia delle prestazioni di laboratorio/specialistiche.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
8. Installazione nuovo server per applicativo gestionale della cartella diabetologia informatizzata con predisposizione in ambiente virtuale per futuri upgrade in versione web 1.	1 Scelta della tipologia e configurazione della macchina, acquisto. 2 Installazione sistema operativo e predisposizione ambiente di virtualizzazione e backup. 3 Installazione, configurazione applicativo e avviamento.	Informatica	Messa in sicurezza del sistema di diabetologia entro il 31/12/2015
9. Aggiornamento HW/SW della infrastruttura struttura di deployment, controllo remoto, inventario parco macchine aziendale, in ambiente virtuale.	1 Scelta della tipologia e configurazione della macchina. 2 Installazione sistema operativo e predisposizione ambiente di virtualizzazione e backup 3 Installazione, configurazione applicativo e avviamento. 4 Inizializzazione inventario con aggiornamento agenti lato client.	Informatica	Messa in sicurezza del sistema di deployment entro il 31/12/2015.
10. Gestione credenziali: adozione procedura regionale e trasferimento delle funzioni di gestione dalla cooperativa alla segreteria del SCSi	1 Definizione con INSIEL delle modalità di avvio 2 Creazione casella di posta elettronica aziendale per la ricezione delle richieste e i rapporti con INSIEL 3 Informatizzazione delle richieste 4 Trasferimento della gestione della procedura dal personale della Cooperativa a INSIEL 5 Trasferimento della funzione di attribuzione/sblocco degli applicativi gestiti dalla Cooperativa alla Segreteria della SCSi	SIA / Segreteria	Gestione credenziali a regime con la nuova procedura al 30/06/2015.
11. Fornitura dati tecnici al gruppo di lavoro interaziendale sul monitoraggio tempi attesa	1 Partecipazione alle riunioni del gruppo di lavoro 2 Predisposizione dei report di programmazione interaziendale CUP per il governo delle liste di attesa e	SIA	Adeguamento reportistica alle nuove disposizioni regionali entro il 31/12/2015.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
(Piano per il governo dei Tempi di Attesa – anno 2015)	monitoraggio dell'attività		
12. Cessazione sistema di messaggistica vocale basato su piattaforma Siemens Xpression	1 Rilevamento consistenze residue 2 Trasformazione delle linee telefoniche in VOIP 3 Configurazione delle linee sul sistema di messaggistica vocale AVAYA	Telefonia	Al 31/12/2015 tutte le caselle vocali operano sul sistema di messaggistica AVAYA.
13. Cessazione del centralino Siemens Hipath di Valmaura e Stock	1 Rilevamento consistenze 2 Posa degli Switch Poe 3 Trasformazione delle linee telefoniche in VOIP	Telefonia	Al 31/12/2015 tutte le utenze di Valmaura e Stock operano sul sistema AVAYA in tecnologia VOIP.

OBIETTIVI TRASVERSALI – TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
A. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, con cadenza periodica.	Effettuare il monitoraggio semestrale ed annuale dei termini dei procedimenti di competenza rientranti nel PTPC, con l'obbligo di segnalare eventuali scostamenti o anomalie riscontrate, da inviare ai fini della pubblicazione al Responsabile della Trasparenza	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del report al Responsabile della Trasparenza ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro il 15 gennaio dell'anno
B. Valutazione delle modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi di competenza a maggiore rischio di corruzione.	Formulazione di una proposta operativa ai fini dell'applicazione del principio della rotazione periodica del responsabile del procedimento, tenuto conto della necessità di garantire la continuità delle attività della struttura e contemperando l'esigenza, ove riscontrata, dell'impiego delle competenze e delle specializzazioni acquisite.	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del documento di analisi e proposta alla Direzione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 30.11.2015 .

MACRO ATTIVITA'	ATTIVITA'/PROCESSO	S.O. / S.C. / S.S.
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera A	1. autorizzazioni/concessioni 2. certificazioni 3. sopralluoghi/ispezioni 4. autorizzazione incarichi ex art. 53 D.Lgs 165/2001 s.m.i.	1. Dipartimento di Prevenzione 2. Dipartimento di Prevenzione 3. Dipartimento di Prevenzione/SC Assistenza Farmaceutica 4. SC Gevap
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera B	1. affidamento lavori, servizi, forniture ex D.Lgs 163/2006 s.m.i., proroga dei contratti 2. affidamento lavori, servizi, forniture ex L. 109/94 s.m.i., proroga dei contratti 3. affidamento incarichi consulenza legale/difesa in giudizio, proroga dei contratti	1. SC Programmazione e Controllo Acquisti 2. SC Immobili e Impianti 3. SC Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera C	1. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici/privati 2. rimborso erogazione farmaci	1. DSM/DDD/DIP/Distretti/strutture di direzione amministrativa/strutture di direzione sanitaria/strutture di direzione strategica 2. SC Assistenza Farmaceutica
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera D	1. Concorsi pubblici per personale a tempo indeterminato/determinato 2. Conferimento incarichi esterni ex art. 7, c. 6 D.Lgs 165/2001 s.m.i., ex art. 15 octies D.Lgs 502/92 s.m.i. 3. Conferimento incarichi di docenza ad esterni 4. Reclutamento personale convenzionato (MMG/PLS/EST/SA)	1. SC Gevap 2. SC Gevap 3. SC Gevap 4. SS Gestione delle convenzioni di medicina generale e specialistica

Immobili e Impianti

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Attività propedeutiche all'avvio della progettazione per il cambio di destinazione d'uso del fabbricato ex IRFOP di Via Valmaura 9.	1. Ricerca della documentazione architettonica e strutturale 2. Assistenza al frazionamento del bene 3. Demolizioni dei beni esistenti non accatastati 4. In mancanza del progetto strutturale e relativi calcoli e collaudi si avvierà la caratterizzazione strutturale e fondazionale dell'edificio 5. Avvio della definizione delle esigenze aziendali delle strutture utilizzatrici degli spazi (118 – CAP – D3)	TUTTO IL PERSONALE DI STRUTTURA	Al 31.12.2015: Relazione sull'esito della ricerca Documento conclusivo del frazionamento Documento di fine lavori di demolizione Relazione stato di fatto (con particolare riguardo alle verifiche antisismiche) Documento relativo funzionale all'affidamento dello studio di fattibilità
2. Affidamento dei lavori per la realizzazione della scala esterna di emergenza presso la sede del Distretto n. 1 in Via Stock 2.	1. Validazione e verifica del progetto esecutivo 2. Avvio procedura di gara 3. Verifica dei requisiti dei primi due classificati 4. Stipula del Contratto 5. Consegna dei lavori	R.U.P. BOARO ANGELI SAITTA	Al 31.12.2015 sottoscrizione Certificato inizio lavori
3. Stesura dell'ipotesi progettuale per la realizzazione della REMS presso il	1. Adeguamento alle indicazioni regionali in materia.	IL RESPONSABILE DI STRUTTURA	Presentazione ipotesi progettuale entro il 31.12.2015

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
CSM di Aurisina Cave n. 9.	2. Incontri con i Referenti del D.S.M. e del C.S.M. di Aurisina Cave n. 9 3. Determinazione delle necessità. 4. Studio di fattibilità.		
4 obiettivo condiviso con AOOTS – Gestione Stabillimenti Riunione degli uffici tecnici delle due Aziende sanitaria e ospedaliera.	1. Gestione integrata delle due Strutture Tecniche 2. Integrazione personale amministrativo	RESPONSABILE - SCII In collaborazione con RESPONSABILE G.S. - AOOTS	Produzione di un documento congiunto per i due Direttori Amministrativi entro il 31.10.2015 Evidenziazione processi comuni, differenze procedurali e proposte per la riunificazione.

OBIETTIVI TRASVERSALI – TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
A. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, con cadenza periodica.	Effettuare il monitoraggio semestrale ed annuale dei termini dei procedimenti di competenza rientranti nel PTPC, con l'obbligo di segnalare eventuali scostamenti o anomalie riscontrate, da inviare ai fini della pubblicazione al Responsabile della Trasparenza	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del report al Responsabile della Trasparenza ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro il 15 gennaio dell'anno
B. Valutazione delle modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi di competenza a maggiore rischio di corruzione.	Formulazione di una proposta operativa ai fini dell'applicazione del principio della rotazione periodica del responsabile del procedimento, tenuto conto della necessità di garantire la continuità delle attività della struttura e contemperando l'esigenza, ove riscontrata, dell'impiego delle competenze e delle specializzazioni acquisite.	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del documento di analisi e proposta alla Direzione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 30.11.2015 .

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
C. Elaborazione e proposta dello schema di patto d'integrità per affidamenti di fornitura beni, servizi o lavori e ambito di applicazione	Analisi della materia alla luce della normativa vigente, stesura di uno schema di patto di integrità ed individuazione degli ambiti di applicazione	I Responsabili della S.C. Programmazione e Controllo Acquisti e S.C. immobili e Impianti o altro personale della struttura da questi individuato.	Trasmissione alla Direzione della proposta di schema entro il 30.09.2015.

MACRO ATTIVITA'	ATTIVITA'/PROCESSO	S.O. / S.C. / S.S.
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera A	<ol style="list-style-type: none"> 1. autorizzazioni/concessioni 2. certificazioni 3. sopralluoghi/ispezioni 4. autorizzazione incarichi ex art. 53 D.Lgs 165/2001 s.m.i. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dipartimento di Prevenzione 2. Dipartimento di Prevenzione 3. Dipartimento di Prevenzione/SC Assistenza Farmaceutica 4. SC Gevap
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera B	<ol style="list-style-type: none"> 1. affidamento lavori, servizi, forniture ex D.Lgs 163/2006 s.m.i., proroga dei contratti 2. affidamento lavori, servizi, forniture ex L. 109/94 s.m.i., proroga dei contratti 3. affidamento incarichi consulenza legale/difesa in giudizio, proroga dei contratti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SC Programmazione e Controllo Acquisti 2. SC Immobili e Impianti 3. SC Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera C	<ol style="list-style-type: none"> 1. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici/privati 2. rimborso erogazione farmaci 	<ol style="list-style-type: none"> 1. DSM/DDD/DIP/Distretti/strutture di direzione amministrativa/strutture di direzione sanitaria/strutture di direzione strategica 2. SC Assistenza Farmaceutica
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera D	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concorsi pubblici per personale a tempo indeterminato/determinato 2. Conferimento incarichi esterni ex art. 7, c. 6 D.Lgs 165/2001 s.m.i., ex art. 15 octies D.Lgs 502/92 s.m.i. 3. Conferimento incarichi di docenza ad esterni 4. Reclutamento personale convenzionato (MMG/PLS/EST/SA) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SC Gevap 2. SC Gevap 3. SC Gevap 4. SS Gestione delle convenzioni di medicina generale e specialistica

Programmazione Controllo Acquisti

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Pianificazione e programmazione delle acquisizioni di servizi esclusi dalle gare EGAS da condividere con AO/TS	1.1 Ricognizione dei servizi attualmente in essere (tipologie di affidamento e relative scadenze) 1.2 Incontri con l'AO per l'analisi delle tipologie di servizi condivisibili e la pianificazione delle relative procedure e percorsi 1.3 Armonizzazione e condivisione delle procedure di acquisto per importi inferiori a Euro 40.000,00 1.4 Acquisizione "condivisa" di servizi programmati	Personale dell'Area SERVIZI in accordo AO	31/12/2015: Report riepilogativo con n. servizi esclusi dalle gare EGAS (tipologia di affidamento, scadenze, importi) entro il 30/06/2015; Bozza procedura entro il 31/10/2015; Almeno 2 tipologie di servizio acquisiti con il medesimo procedimento.
2. Elaborazione nuova procedura inserimento e gestione Budget	2.1 Analisi normativa piano dei conti classificazioni merceologiche 2.2 Analisi sulla fattibilità armonizzazione dati inseriti nel Programma Ascot 2.3 Bozza nuova procedura inserimento e gestione budget	F.F. P.O.	2.1 Report riepilogativo piano dei conti associazioni classificazioni merceologiche e bozza nuova procedura entro il 31/12/2015
3. Predisposizione di un elenco integrato di Dispositivi Medici in uso presso AAS1 e AO/TS in vista dell'unificazione dei due magazzini	3.1 Estrazione in Data Base Access degli articoli ente di Dispositivi Medici in uso presso l'AAS1 nel corso del 2014/2015 3.2 Richiesta all'AO/TS/INSIEL dell'accesso in consultazione al data base ASCOTWEB dell'AO/TS ovvero richiesta di un elenco –	Personale dell'Area BENI (farmaci, sanitari e non sanitari)	Invio dell'elenco integrato al Responsabile del Provveditorato/Economato dell'AO/TS entro il 30/11/2015

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>anche in formato informatico - con idonee caratteristiche (Dispositivi Medici in uso negli anni 2014/2015)</p> <p>3.3 Confronto degli articoli esistenti nei due Enti, allineamento degli articoli uguali ed evidenziazione di quelli di uso esclusivo di un solo Ente</p> <p>3.4 Predisposizione di un elenco integrato di anagrafiche ente dei Dispositivi Medici che rappresenti una proposta di denominazione di riferimento per il futuro magazzino unificato</p>		
<p>4. Avvio delle procedure per l'unificazione dell'archivio tra le due aziende AAS1 e AOOTS</p>	<p>4.1 Avvio delle procedure di esternalizzazione del servizio</p> <p>4.2 Avvio vendita scaffalature dell'archivio dell'AAS1</p>	<p>Responsabile SCPCA</p>	<p>4.1 Invio della lettera all'EGAS per aderire alla gara regionale entro il 15/05/2015 e presentazione della bozza di deliberazione entro 15/05</p>
<p>5. Gestione delle apparecchiature biomedicali e dei presidi sanitari elettrici – condivisione della gestione tra AAS1 e AOOTS</p>	<p>5.1 Mappatura contabile delle apparecchiature in uso presso AAS1.</p> <p>5.2 Verifica delle apparecchiature in uso presso AAS1</p> <p>5.3 Progetto di gestione delle apparecchiature in uso presso AAS1 e AOOTS</p>	<p>Area Beni patrimoniali: Antonio GUIDO Ellero ERIC Federica COCIANI - in collaborazione con la SC Ingegneria Clinica dell'AOOTS</p>	<p>5.1 Produzione di un elenco contabile delle apparecchiature biomedicali e dei presidi sanitari elettrici in uso presso AAS1 – da condividere con la SC Ingegneria Clinica dell'AOOTS entro 31/05/2015</p> <p>5.2 Report a seguito di sopralluoghi effettuati dal personale tecnico della SC Ingegneria Clinica dell'AOOTS – in collaborazione con il personale AAS1 - entro 31/10/2015</p> <p>5.3 Relazione con analisi delle apparecchiature in uso</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			presso le struttura aziendali ASS1 e proposte progettuali in condivisione tra AAS1 e SC Ingegneria Clinica dell'AOUTS entro 31 12 2015
6. Predisposizione di un elenco integrato di Materiale di Cancelleria e Stampati in uso presso AAS1 e AOUTS in vista dell'unificazione dei due magazzini	6.1 Estrazione in Data Base Access degli articoli ente in uso presso l'AAS1 6.2 Richiesta all'AOUTS/INSIEL dell'accesso in consultazione al data base ASCOTWEB dell'AOUTS ovvero richiesta di un elenco – anche in formato informatico - con idonee caratteristiche 6.3 Confronto degli articoli esistenti nei due Enti, allineamento degli articoli uguali ed evidenziazione di quelli di uso esclusivo di un solo Ente 6.4 Predisposizione di un elenco integrato di anagrafiche ente che rappresenti una proposta di denominazione di riferimento per il futuro magazzino unificato	Personale SSGSG	Invio dell'elenco integrato al Responsabile del Provveditorato/Economato dell'AOUTS entro il 30/11/2015
7. Predisposizione di un elenco integrato di Materiale di Drogheria e Convivenza in uso presso AAS1 e AOUTS in vista dell'unificazione dei due magazzini	7.1 Estrazione in Data Base Access degli articoli ente in uso presso l'AAS1 7.2 Richiesta all'AOUTS/INSIEL dell'accesso in consultazione al data base ASCOTWEB dell'AOUTS ovvero richiesta di un elenco – anche in formato informatico - con idonee caratteristiche 7.3 Confronto degli articoli esistenti nei due Enti, allineamento degli articoli uguali ed evidenziazione di quelli di uso esclusivo di un solo Ente 7.4 Predisposizione di un elenco integrato di anagrafiche ente che rappresenti una proposta di denominazione di riferimento per il futuro magazzino unificato	Personale SSGSG	Invio dell'elenco integrato al Responsabile del Provveditorato/Economato dell'AOUTS e dell'AAS1 entro il 30/11/2015

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>8. Verifica del regolare andamento dell'esecuzione contrattuale. Effettuare le verifiche di conformità in corso di esecuzione, relativamente agli appalti di servizi economici con prestazioni continuative.</p>	<p>8.1 Programmazione delle verifiche 8.2 Individuazione attività oggetto di verifica 8.3 Invito al controllo l'esecutore e un rappresentante della stazione appaltante 8.4 Trasmissione del verbale al RUP</p>	<p>Responsabile SSGSG</p>	<p>Effettuare almeno 1 verifica nel corso dell'esercizio 2015 per ciascun servizio economico appaltato (lavanderia, ristorazione, pulizie, trasporti).</p>
<p>9. Trasferimento dell'archivio cartaceo aziendale a seguito dell'adesione al servizio di riorganizzazione logistica, archiviazione e gestione di documenti degli Enti del S.S.R. Friuli Venezia Giulia</p>	<p>Garantire il supporto organizzativo al trasferimento</p> <p>9.1 verifica materiale da scartare 9.2 Predisporre elenco documentazione inserita nel database 9.3 Predisporre elenco documentazione non inserita nel database 9.5 Verifica tempo conservazione, con le strutture di riferimento, relativamente alla documentazione presente in Archivio ma non formalmente in carico all'Archivio (es. ricette farmacia). 9.6 Redigere elenco del materiale oggetto di trasferimento.</p>	<p>Personale Archivio (Mase', Contento, Bernardini)</p>	<p>Trasferimento del 100% della documentazione in carico all'Archivio aziendale.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
10. Aggiornamento parco macchine in uso alla AAS1.	10.1 Ricognizione richieste pervenute dalle strutture aziendali per sostituzione di automezzi e/o per acquisto di nuove dotazioni. 10.2 Ricognizione parco veicoli aziendale in dotazione alle strutture, con indicazione, per ciascun veicolo, della tipologia, chilometraggio percorso, anno immatricolazione, subentro assegnatario.	1. Antonio GUIDO 2. Responsabile SSGSG	1. Produzione di un elenco, da inoltrare al Responsabile della S. S. Gestione Servizi Generali entro il 30/05/2015. 2. Predisposizione di un documento di analisi da inoltrare alla Direzione Amministrativa entro il 30/06/2015.

OBIETTIVI TRASVERSALI – TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI COINVOLTE NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
A. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, con cadenza periodica.	Effettuare il monitoraggio semestrale ed annuale dei termini dei procedimenti di competenza rientranti nel PTPC, con l'obbligo di segnalare eventuali scostamenti o anomalie riscontrate, da inviare ai fini della pubblicazione al Responsabile della Trasparenza	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del report al Responsabile della Trasparenza ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro il 15 gennaio dell'anno
B. Valutazione delle modalità concrete di rotazione del personale coinvolto nell'istruttoria o nel rilascio dei provvedimenti relativi ai processi di competenza a maggiore rischio di corruzione.	Formulazione di una proposta operativa ai fini dell'applicazione del principio della rotazione periodica del responsabile del procedimento, tenuto conto della necessità di garantire la continuità delle attività della struttura e temperando l'esigenza, ove riscontrata, dell'impiego delle competenze e delle specializzazioni acquisite.	I dirigenti responsabili dei procedimenti/ processi a rischio corruzione. (Vedi tabella allegata).	Trasmissione del documento di analisi e proposta alla Direzione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione entro il 30.11.2015 .

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
C. Elaborazione e proposta dello schema di patto d'integrità per affidamenti di fornitura beni, servizi o lavori e ambito di applicazione	Analisi della materia alla luce della normativa vigente, stesura di uno schema di patto di integrità ed individuazione degli ambiti di applicazione	I Responsabili della S.C. Programmazione e Controllo Acquisti e S.C. immobili e Impianti o altro personale della struttura da questi individuato.	Trasmissione alla Direzione della proposta di schema entro il 30.09.2015.

MACRO ATTIVITA'	ATTIVITA'/PROCESSO	S.O. / S.C. / S.S.
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera A	<ol style="list-style-type: none"> 1. autorizzazioni/concessioni 2. certificazioni 3. sopralluoghi/ispezioni 4. autorizzazione incarichi ex art. 53 D.Lgs 165/2001 s.m.i. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dipartimento di Prevenzione 2. Dipartimento di Prevenzione 3. Dipartimento di Prevenzione/SC Assistenza Farmaceutica 4. SC Gevap
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera B	<ol style="list-style-type: none"> 1. affidamento lavori, servizi, forniture ex D.Lgs 163/2006 s.m.i., proroga dei contratti 2. affidamento lavori, servizi, forniture ex L. 109/94 s.m.i., proroga dei contratti 3. affidamento incarichi consulenza legale/difesa in giudizio, proroga dei contratti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SC Programmazione e Controllo Acquisti 2. SC Immobili e Impianti 3. SC Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera C	<ol style="list-style-type: none"> 1. concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici/privati 2. rimborso erogazione farmaci 	<ol style="list-style-type: none"> 1. DSM/DDD/DIP/Distretti/strutture di direzione amministrativa/strutture di direzione sanitaria/strutture di direzione strategica 2. SC Assistenza Farmaceutica
Procedimenti di cui all'art. 1, comma 16 lettera D	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concorsi pubblici per personale a tempo indeterminato/determinato 2. Conferimento incarichi esterni ex art. 7, c. 6 D.Lgs 165/2001 s.m.i., ex art. 15 octies D.Lgs 502/92 s.m.i. 3. Conferimento incarichi di docenza ad esterni 4. Reclutamento personale convenzionato (MMG/PLS/EST/SA) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SC Gevap 2. SC Gevap 3. SC Gevap 4. SS Gestione delle convenzioni di medicina generale e specialistica

A.A.S. 1 "Triestina"
BUDGET 2015 DEI CENTRI DI RISORSA

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.	DIR.AMM.	DIR.SAN.	Bilancio di previsione 2015
I	II	III	IV	V	VI									
300	0	0	0	0	0	ACQUISTI DI BENI								
300	100					Acquisti di beni sanitari								
300	100	100				Prodotti farmaceutici ed emoderivati								
300	100	100	100			Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale				12.700.000				12.700.000
300	100	100	200			Medicinali senza AIC				520.000				520.000
300	100	100	300			Emoderivati di produzione regionale								0
300	100	200				Sangue ed emocomponenti								
300	100	200	100			da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) – Mobilità intraregionale								0
300	100	200	200			da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche extra Regione) – Mobilità extraregionale								0
300	100	200	300			da altri soggetti								0
300	100	300				Dispositivi medici								
300	100	300	100			Dispositivi medici				1.400.000				1.400.000
300	100	300	200			Dispositivi medici impiantabili attivi								0
300	100	300	300			Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)				500.000				500.000
300	100	400				Prodotti dietetici				815.000				815.000
300	100	500				Materiali per la profilassi (vaccini)								0
300	100	600				Prodotti chimici				565.000				565.000
300	100	700				Materiali e prodotti per uso veterinario				5.000				5.000
300	100	800				Altri beni e prodotti sanitari								0
300	100	900				Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione								
300	100	900	50			Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale								0
300	100	900	100			Medicinali senza AIC								0
300	100	900	150			Emoderivati di produzione regionale								0
300	100	900	200			Dispositivi medici								0
300	100	900	250			Dispositivi medici impiantabili attivi								0
300	100	900	300			Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)								0
300	100	900	350			Prodotti dietetici								0
300	100	900	400			Materiali per la profilassi (vaccini)								0
300	100	900	450			Prodotti chimici								0
300	100	900	500			Materiali e prodotti per uso veterinario								0
300	100	900	900			Altri beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione								0
300	200					Acquisti di beni non sanitari								
300	200	100				Prodotti alimentari		45.000						45.000
300	200	200				Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere		100.000						100.000
300	200	300				Combustibili, carburanti e lubrificanti		230.000						230.000
300	200	400				Supporti informatici e cancelleria								
300	200	400	100			Cancelleria e stampati		150.000						150.000
300	200	400	200			Materiali di consumo per l'informatica		65.000						65.000
300	200	400	300			Materiale didattico, audiovisivo e fotografico		30.000						30.000
300	200	500				Materiale per la manutenzione								
300	200	500	100			Materiali ed accessori per beni sanitari		15.000						15.000
300	200	500	200			Materiali ed accessori per beni non sanitari		1.000						1.000
300	200	600				Altri beni e prodotti non sanitari		20.000						20.000
300	200	700				Beni e prodotti non sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione								
300	200	700	100			Prodotti alimentari								0
300	200	700	200			Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere								0
300	200	700	300			Combustibili, carburanti e lubrificanti								0
300	200	700	400			Supporti informatici e cancelleria								0

A.A.S. 1 "Triestina"
BUDGET 2015 DEI CENTRI DI RISORSA

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.	DIR.AMM.	DIR.SAN.	Bilancio di previsione 2015
I	II	III	IV	V	VI									
300	200	700	500			Materiale per la manutenzione								0
300	200	700	900			Altri beni e prodotti non sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione								0
305	0	0	0	0	0	ACQUISTI DI SERVIZI								
305	100					Acquisti servizi sanitari								
305	100	50				Acquisti servizi sanitari per medicina di base								
305	100	50	100			- da convenzione								
305	100	50	100	10		Costi per assistenza MMG								
305	100	50	100	10	5	Quota capitaria nazionale							11.130.000	11.130.000
305	100	50	100	10	10	Compensi da fondo ponderazione							775.000	775.000
305	100	50	100	10	15	Compensi da fondo qualità dell'assistenza							1.950.000	1.950.000
305	100	50	100	10	20	Compensi da fondo quota capitaria regionale							670.000	670.000
305	100	50	100	10	25	Compensi extra derivanti da accordi nazionali							300.000	300.000
305	100	50	100	10	30	Compensi da accordi regionali							760.000	760.000
305	100	50	100	10	35	Compensi da accordi aziendali							275.000	275.000
305	100	50	100	10	40	Premi assicurativi malattia							60.000	60.000
305	100	50	100	10	45	Formazione							50.000	50.000
305	100	50	100	10	50	Altre competenze							10.000	10.000
305	100	50	100	10	55	Oneri sociali							1.640.000	1.640.000
305	100	50	100	20		Costi per assistenza PLS								
305	100	50	100	20	5	Quota capitaria nazionale							2.325.000	2.325.000
305	100	50	100	20	10	Compensi da fondo ponderazione							120.000	120.000
305	100	50	100	20	15	Compensi da fondo qualità dell'assistenza							220.000	220.000
305	100	50	100	20	20	Compensi da fondo quota capitaria regionale							70.000	70.000
305	100	50	100	20	25	Compensi extra derivanti da accordi nazionali							180.000	180.000
305	100	50	100	20	30	Compensi da accordi regionali							180.000	180.000
305	100	50	100	20	35	Compensi da accordi aziendali								0
305	100	50	100	20	40	Premi assicurativi malattia								0
305	100	50	100	20	45	Formazione							5.000	5.000
305	100	50	100	20	50	Altre competenze								0
305	100	50	100	20	55	Oneri sociali							285.000	285.000
305	100	50	100	30		Costi per assistenza Continuità assistenziale								
305	100	50	100	30	5	Compensi fissi Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna							850.000	850.000
305	100	50	100	30	10	Compensi fissi Conv. per emergenza sanitaria territoriale							170.000	170.000
305	100	50	100	30	15	Compensi fissi Conv. per ass. guardia medica turistica								0
305	100	50	100	30	20	Compensi da accordi regionali Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna							140.000	140.000
305	100	50	100	30	25	Compensi da accordi regionali Conv. per emergenza sanitaria territoriale							70.000	70.000
305	100	50	100	30	30	Compensi da accordi aziendali Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna							140.000	140.000
305	100	50	100	30	35	Compensi da accordi aziendali Conv. per emergenza sanitaria territoriale							15.000	15.000
305	100	50	100	30	40	Altri compensi								0
305	100	50	100	30	45	Premi assicurativi malattia Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna							7.000	7.000
305	100	50	100	30	50	Premi assicurativi malattia Conv. per emergenza sanitaria territoriale							3.000	3.000
305	100	50	100	30	55	Premi assicurativi malattia Conv. per ass. guardia medica turistica								0
305	100	50	100	30	60	Oneri sociali Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna							100.000	100.000
305	100	50	100	30	65	Oneri sociali Conv. per emergenza sanitaria territoriale							20.000	20.000
305	100	50	100	30	70	Oneri sociali Conv. per ass. guardia medica turistica								0
305	100	50	100	40		Altro (medicina dei servizi, psicologi, medici 118, ecc)								
305	100	50	100	40	5	Compensi fissi							400.000	400.000
305	100	50	100	40	10	Compensi da fondo ponderazione							55.000	55.000
305	100	50	100	40	15	Compensi extra derivanti da accordi nazionali							10.000	10.000
305	100	50	100	40	20	Compensi da accordi regionali							30.000	30.000
305	100	50	100	40	25	Compensi da accordi aziendali								0
305	100	50	100	40	30	Altre competenze								0
305	100	50	100	40	35	Oneri sociali							75.000	75.000
305	100	50	100	40	40	Medicina fiscale								0

A.A.S. 1 "Triestina"
BUDGET 2015 DEI CENTRI DI RISORSA

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.	DIR.AMM.	DIR.SAN.	Bilancio di previsione 2015
I	II	III	IV	V	VI									
305	100	50	200			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale								0
305	100	50	300			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche Extraregione) - Mobilità extraregionale							69.052	69.052
305	100	100				Acquisti servizi sanitari per farmaceutica								
305	100	100	100			- da convenzione								
305	100	100	100	10		Prodotti farmaceutici e galenici					36.500.000			36.500.000
305	100	100	100	20		Contributi farmacie rurali ed Enpaf					30.000			30.000
305	100	100	200			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)- Mobilità intraregionale								0
305	100	100	300			- da pubblico (Extraregione)					186.036			186.036
305	100	150				Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale								
305	100	150	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)								
305	100	150	100	10		Acquisto di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche regionali							31.960.978	31.960.978
305	100	150	100	20		Acquisto di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche regionali fatturate							9.500	9.500
305	100	150	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)								0
305	100	150	300			- da pubblico (Extraregione)								
305	100	150	300	10		Acquisto di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche extraregione in compensazione							1.892.901	1.892.901
305	100	150	300	20		Acquisto di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche extraregione fatturate							5.000	5.000
305	100	150	400			- da privato - Medici SUMAI								
305	100	150	400	10		Compensi fissi							1.480.000	1.480.000
305	100	150	400	20		Compensi da fondo ponderazione							255.000	255.000
305	100	150	400	30		Compensi extra derivanti da accordi nazionali								0
305	100	150	400	40		Compensi da accordi regionali							155.000	155.000
305	100	150	400	50		Compensi da accordi aziendali							25.000	25.000
305	100	150	400	60		Altre competenze								0
305	100	150	400	70		Oneri sociali							285.000	285.000
305	100	150	500			- da privato								
305	100	150	500	10		Servizi sanitari per assistenza specialistica da IRCCS privati e Policlinici privati								0
305	100	150	500	20		Servizi sanitari per assistenza specialistica da Ospedali Classificati privati								0
305	100	150	500	30		Servizi sanitari per assistenza specialistica da Case di Cura private							3.884.000	3.884.000
305	100	150	500	40		Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri privati							3.685.000	3.685.000
305	100	150	600			- da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)							115.000	115.000
305	100	200				Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa								
305	100	200	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)								0
305	100	200	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)								0
305	100	200	300			- da pubblico (Extraregione) non soggetti a compensazione								0
305	100	200	400			- da privato (intraregionale)								
305	100	200	400	10		Assistenza riabilitativa ex art.26 L.833/78 - in regime di ricovero							20.000	20.000
305	100	200	400	20		Assistenza riabilitativa ex art.26 L.833/78 - in regime ambulatoriale							300.000	300.000
305	100	200	500			- da privato (extraregionale)								
305	100	200	500	10		Assistenza riabilitativa ex art.26 L.833/78 - in regime di ricovero							20.000	20.000
305	100	200	500	20		Assistenza riabilitativa ex art.26 L.833/78 - in regime ambulatoriale								0
305	100	250				Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa								
305	100	250	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)								0
305	100	250	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)					10.000			10.000
305	100	250	300			- da pubblico (Extraregione)								0
305	100	250	400			- da privato - AFIR								
305	100	250	400	10		AFIR farmacie convenzionate					2.850.000			2.850.000
305	100	250	400	20		Fornitura ausilii per incontinenti		1.700.000			15.000			1.715.000
305	100	250	400	30		Ossigeno terapia domiciliare		850.000						850.000
305	100	250	400	90		AFIR altro								0
305	100	300				Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica								

A.A.S. 1 "Triestina"
BUDGET 2015 DEI CENTRI DI RISORSA

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.	DIR.AMM.	DIR.SAN.	Bilancio di previsione 2015
I	II	III	IV	V	VI									
305	100	300	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)								0
305	100	300	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)								0
305	100	300	300			- da pubblico (Extraregione)								0
305	100	300	400			- da privato								
305	100	300	400	10		Assist. Protesica indiretta art. 26, c. 3 L. 833/78 e DM 2/3/84		150.000					2.250.000	2.400.000
305	100	300	400	20		Servizio supporto gestione assistenza protesica		780.000						780.000
305	100	350				Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera								
305	100	350	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)								
305	100	350	100	10		Acquisto di prestazioni in regime di ricovero (DRG) regionali							100.144.953	100.144.953
305	100	350	100	20		Acquisto di prestazioni fatturate in regime di ricovero regionali								0
305	100	350	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)								0
305	100	350	300			- da pubblico (Extraregione)								
305	100	350	300	10		Acquisto di prestazioni in regime di ricovero (DRG) extra regionali							7.712.592	7.712.592
305	100	350	300	20		Acquisto di prestazioni fatturate in regime di ricovero extra regionali								0
305	100	350	400			- da privato								
305	100	350	400	10		Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da IRCCS privati e Policlinici privati								0
305	100	350	400	20		Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Ospedali Classificati privati								0
305	100	350	400	30		Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Case di Cura private							21.572.000	21.572.000
305	100	350	400	40		Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da altri privati							116.000	116.000
305	100	350	500			- da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)							1.614.000	1.614.000
305	100	400				Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale								
305	100	400	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)								0
305	100	400	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)								0
305	100	400	300			- da pubblico (Extraregione) - non soggette a compensazione							72.000	72.000
305	100	400	400			- da privato (intraregionale)		3.337.000					316.000	3.653.000
305	100	400	500			- da privato (extraregionale)								0
305	100	450				Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F								
305	100	450	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale								
305	100	450	100	10		Rimborso costo farmaci					7.553.094			7.553.094
305	100	450	100	20		Servizio di distribuzione					14.000			14.000
305	100	450	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)								0
305	100	450	300			- da pubblico (Extraregione)					499.816			499.816
305	100	450	400			- da privato (intraregionale)								
305	100	450	400	10		Compenso distribuzione per conto (DPC)					650.000			650.000
305	100	450	400	90		Altro					2.000			2.000
305	100	450	500			- da privato (extraregionale)								0
305	100	450	600			- da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)								0
305	100	500				Acquisto prestazioni termali in convenzione								
305	100	500	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale								0
305	100	500	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)								0
305	100	500	300			- da pubblico (Extraregione)							211.920	211.920
305	100	500	400			- da privato							30.000	30.000
305	100	500	500			- da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)								0
305	100	550				Acquisto prestazioni di trasporto sanitario								
305	100	550	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale								0
305	100	550	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)								0
305	100	550	300			- da pubblico (Extraregione)							122.421	122.421
305	100	550	400			- da privato								

A.A.S. 1 "Triestina"
BUDGET 2015 DEI CENTRI DI RISORSA

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.	DIR.AMM.	DIR.SAN.	Bilancio di previsione 2015
I	II	III	IV	V	VI									
305	100	550	400	10		Trasporti primari (emergenza)		1.230.000						1.230.000
305	100	550	400	20		Trasporti secondari		945.000						945.000
305	100	550	400	30		Elisoccorso								0
305	100	550	400	40		Trasporti nefropatici		720.000						720.000
305	100	600				Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria								
305	100	600	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale						6.000		6.000
305	100	600	200			- da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)								
305	100	600	200	10		RSA esterne								0
305	100	600	200	20		Rimborso per assistenza sanitaria in strutture residenziali e semi residenziali per anziani						2.585.000		2.585.000
305	100	600	200	30		Abbattimento rette anziani non autosufficienti						4.678.000		4.678.000
305	100	600	200	90		Altre prestazioni da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)						935.000		935.000
305	100	600	300			- da pubblico (Extraregione) non soggette a compensazione								0
305	100	600	400			- da privato (intraregionale)								
305	100	600	400	10		Conv. per ass. ostetrica ed infermieristica								0
305	100	600	400	20		Conv. per ass. domiciliare -ADI		805.000						805.000
305	100	600	400	30		RSA esterne		7.100.000						7.100.000
305	100	600	400	40		Rimborso per assistenza sanitaria in strutture residenziali e semi residenziali per anziani						1.473.000		1.473.000
305	100	600	400	50		Abbattimento rette anziani non autosufficienti						3.210.000		3.210.000
305	100	600	400	60		Assist. riabilitativa residenziale e integrativa territoriale per tossicodipendenti		1.435.771				564.229		2.000.000
305	100	600	400	70		Convenzioni per attività di consultorio familiare		37.000						37.000
305	100	600	400	90		Altre prestazioni da privato (intraregionale)		30.000				495.000		525.000
305	100	600	500			- da privato (extraregionale)								
305	100	600	500	10		Assist. riabilitativa residenziale e integrativa territoriale per tossicodipendenti								0
305	100	600	500	90		Altre prestazioni da privato (extraregionale)						15.000		15.000
305	100	650				Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)								
305	100	650	100			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area ospedaliera								0
305	100	650	200			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia- Area specialistica	255.000							255.000
305	100	650	300			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area sanità pubblica	115.000							115.000
305	100	650	400			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58)								
305	100	650	400	10		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza medica e veterinaria								0
305	100	650	400	20		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie								0
305	100	650	400	30		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza medica universitaria								0
305	100	650	400	90		Oneri su compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro								0
305	100	650	500			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)								
305	100	650	500	10		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza medica e veterinaria								0
305	100	650	500	20		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie								0
305	100	650	500	30		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza medica universitaria								0
305	100	650	500	90		Oneri su compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro								0
305	100	650	600			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro								
305	100	650	600	5		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo professionale								0
305	100	650	600	10		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo tecnico								0
305	100	650	600	15		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo amministrativo								0
305	100	650	600	20		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo sanitario	10.000							10.000
305	100	650	600	25		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo professionale								0
305	100	650	600	30		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo tecnico								0

A.A.S. 1 "Triestina"
BUDGET 2015 DEI CENTRI DI RISORSA

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.	DIR.AMM.	DIR.SAN.	Bilancio di previsione 2015
I	II	III	IV	V	VI									
305	100	650	600	35		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo amministrativo								0
305	100	650	600	40		Personale di supporto diretto e indiretto	15.000							15.000
305	100	650	600	45		Quota di perequazione	20.000							20.000
305	100	650	600	50		Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro								0
305	100	650	600	90		Oneri su compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro								0
305	100	650	700			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)								0
305	100	650	700	5		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo professionale								0
305	100	650	700	10		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo tecnico								0
305	100	650	700	15		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo amministrativo								0
305	100	650	700	20		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo sanitario								0
305	100	650	700	25		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo professionale								0
305	100	650	700	30		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo tecnico								0
305	100	650	700	35		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo amministrativo								0
305	100	650	700	40		Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro								0
305	100	650	700	90		Oneri su compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro								0
305	100	700				Rimborsi, assegni e contributi sanitari								0
305	100	700	100			Contributi ad associazioni di volontariato		25.000				240.000		265.000
305	100	700	200			Rimborsi per cure all'estero							25.000	25.000
305	100	700	300			Contributi a società partecipate e/o enti dipendenti della Regione								0
305	100	700	400			Contributo Legge 210/92							7.000	7.000
305	100	700	500			Altri rimborsi, assegni e contributi								0
305	100	700	500	5		Rimborsi per ricoveri in Italia								0
305	100	700	500	10		Rimborsi per altra assistenza sanitaria							13.000	13.000
305	100	700	500	15		Contributi ai nefropatici							40.000	40.000
305	100	700	500	20		Contributi ai donatori di sangue lavoratori								0
305	100	700	500	25		Altri contributi agli assistiti							175.000	175.000
305	100	700	500	30		Altri contributi per attività socio - assistenziale							967.000	967.000
305	100	700	500	35		Contributi ad enti							130.000	130.000
305	100	700	500	40		Rimborsi per responsabilità civile								0
305	100	700	500	45		Rimborsi per attività delegate della Regione								0
305	100	700	500	90		Altri rimborsi, assegni e contributi							25.000	25.000
305	100	700	600			Rimborsi, assegni e contributi v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione								0
305	100	700	600	10		Rimborsi per attività delegate della Regione								0
305	100	700	600	90		Altri rimborsi, assegni e contributi v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione							250.000	250.000
305	100	750				Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie								0
305	100	750	100			Consulenze sanitarie e sociosan. da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	220.000							220.000
305	100	750	200			Consulenze sanitarie e sociosanit. da terzi - Altri soggetti pubblici								0
305	100	750	300			Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios. da privato								0
305	100	750	300	10		Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000								0
305	100	750	300	20		Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato								0
305	100	750	300	20	5	Compensi diretti per prestazioni aggiuntive al personale del comparto	100.000							100.000
305	100	750	300	20	10	Consulenze sanitarie e sociosanitarie da privati								0
305	100	750	300	20	15	Oneri sociali su consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato								0
305	100	750	300	30		Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato								0
305	100	750	300	30	5	Personale esterno con contratto di diritto privato - area sanitaria	60.000							60.000
305	100	750	300	30	10	Costo contrattisti - area sanitaria	153.000							153.000
305	100	750	300	30	15	Costo contrattisti - ricerca corrente								0
305	100	750	300	30	20	Costo contrattisti - ricerca finalizzata								0
305	100	750	300	40		Indennità a personale universitario - area sanitaria								0

A.A.S. 1 "Triestina"
BUDGET 2015 DEI CENTRI DI RISORSA

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.	DIR.AMM.	DIR.SAN.	Bilancio di previsione 2015
I	II	III	IV	V	VI									
305	100	750	300	40	5	Indennità personale universitario (De Maria)	60.000							60.000
305	100	750	300	40	10	Oneri sociali	17.000							17.000
305	100	750	300	50		Lavoro interinale - area sanitaria		120.000						120.000
305	100	750	300	60		Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria								
305	100	750	300	60	5	Costo del personale tirocinante - area sanitaria								0
305	100	750	300	60	10	Costo borsisti - area sanitaria								0
305	100	750	300	60	15	Costo borsisti - ricerca corrente								0
305	100	750	300	60	20	Costo borsisti - ricerca finalizzata								0
305	100	750	300	60	25	Indennità per commissioni sanitarie							430.000	430.000
305	100	750	300	60	30	Compensi ai docenti	150.000							150.000
305	100	750	300	60	35	Assegni studio agli allievi								0
305	100	750	300	60	40	Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria								0
305	100	750	300	60	90	Oneri sociali su altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria								0
305	100	750	400			Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando								
305	100	750	400	10		Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione								0
305	100	750	400	20		Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, soggetti pubblici e da Università	80.000							80.000
305	100	750	400	30		Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)								0
305	100	800				Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria								
305	100	800	100			Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Aziende sanitarie pubbliche della Regione								0
305	100	800	200			Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggetti pubblici della Regione							3.000	3.000
305	100	800	300			Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico (Extraregione)							2.000	2.000
305	100	800	400			Altri servizi sanitari da privato								
305	100	800	400	10		Compensi per sperimentazioni cliniche							10.000	10.000
305	100	800	400	90		Altri servizi sanitari da privato		640.000						640.000
305	100	800	500			Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva								0
305	100	850				Costi per differenziale tariffe TUC								0
305	200					Acquisti di servizi non sanitari								
305	200	100				Servizi non sanitari								
305	200	100	50			Lavanderia		140.000						140.000
305	200	100	100			Pulizia		1.200.000						1.200.000
305	200	100	150			Mensa	130.000	1.040.000					30.000	1.200.000
305	200	100	200			Riscaldamento			1.090.000			30.000		1.120.000
305	200	100	250			Servizi di assistenza informatica								
305	200	100	250	10		Servizio informatico sanitario regionale (SISR)								0
305	200	100	250	20		Elaborazione ricette prescrizioni		90.000						90.000
305	200	100	250	90		Altri servizi di assistenza informatica			30.000	25.000				55.000
305	200	100	300			Servizi trasporti (non sanitari)		445.000						445.000
305	200	100	350			Smaltimento rifiuti		85.000						85.000
305	200	100	400			Utenze telefoniche								
305	200	100	400	10		Spese telefoniche				220.000				220.000
305	200	100	400	20		Internet				21.000				21.000
305	200	100	450			Utenze elettricità			670.000					670.000
305	200	100	500			Altre utenze								
305	200	100	500	10		Acqua			103.000					103.000
305	200	100	500	20		Gas			25.000					25.000
305	200	100	500	30		Canoni radiotelevisivi						12.000		12.000
305	200	100	500	40		Banche dati								0

A.A.S. 1 "Triestina"
BUDGET 2015 DEI CENTRI DI RISORSA

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.	DIR.AMM.	DIR.SAN.	Bilancio di previsione 2015
I	II	III	IV	V	VI									
305	200	100	500	50		Altre utenze								0
305	200	100	550			Premi di assicurazione								
305	200	100	550	10		Premi di assicurazione - R.C. Professionale						15.000		15.000
305	200	100	550	20		Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi						200.000		200.000
305	200	100	600			Altri servizi non sanitari								
305	200	100	600	10		Altri servizi non sanitari da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)		43.000	62.000				15.000	120.000
305	200	100	600	20		Altri servizi non sanitari da altri soggetti pubblici								
305	200	100	600	20	5	Altri servizi non sanitari da pubblico						175.000		175.000
305	200	100	600	20	10	Altri servizi socio - assistenziali da pubblico								0
305	200	100	600	30		Altri servizi non sanitari da privato								
305	200	100	600	30	5	Servizi di vigilanza		45.000						45.000
305	200	100	600	30	10	Servizi religiosi	24.000							24.000
305	200	100	600	30	15	Spese bancarie						8.000		8.000
305	200	100	600	30	20	Spese di incasso								0
305	200	100	600	30	25	Spese di rappresentanza								0
305	200	100	600	30	30	Pubblicità e inserzioni		32.000						32.000
305	200	100	600	30	35	Altre spese legali						30.000		30.000
305	200	100	600	30	40	Spese postali						65.000		65.000
305	200	100	600	30	45	Bolli e marche						7.000		7.000
305	200	100	600	30	50	Abbonamenti e riviste						92.000		92.000
305	200	100	600	30	55	Altre spese generali e amministrative	20.000							20.000
305	200	100	600	30	60	Rimborsi spese personale dipendente								0
305	200	100	600	30	65	Altri rimborsi spese								0
305	200	100	600	30	80	Altri servizi socio - assistenziali da privato			1.300.000					1.300.000
305	200	100	600	30	90	Altri servizi non sanitari da privato			1.785.000		500.000	35.000		2.320.000
305	200	200				Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie								
305	200	200	100			Consulenze non sanitarie da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	75.000							75.000
305	200	200	200			Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri soggetti pubblici								0
305	200	200	300			Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato								
305	200	200	300	10		Consulenze non sanitarie da privato								
305	200	200	300	10	5	Consulenze fiscali						5.000		5.000
305	200	200	300	10	10	Consulenze amministrative								0
305	200	200	300	10	15	Consulenze tecniche			70.000					70.000
305	200	200	300	10	20	Consulenze legali						70.000		70.000
305	200	200	300	10	90	Altre consulenze non sanitarie da privato								0
305	200	200	300	20		Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	105.000							105.000
305	200	200	300	30		Indennità a personale universitario - area non sanitaria								0
305	200	200	300	40		Lavoro interinale - area non sanitaria		280.000						280.000
305	200	200	300	50		Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria								
305	200	200	300	50	10	Costo del personale tirocinante - area non sanitaria								0
305	200	200	300	50	20	Personale esterno con contratto di diritto privato - area non sanitaria								0
305	200	200	300	50	30	Costo borsisti - area non sanitaria								0
305	200	200	300	50	40	Indennità per commissioni non sanitarie	10.000							10.000
305	200	200	300	50	90	Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	2.000							2.000
305	200	200	400			Rimborso oneri stipendiali del personale non sanitario in comando								
305	200	200	400	10		Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione								0
305	200	200	400	20		Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regione, soggetti pubblici e da Università								0
305	200	200	400	30		Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)								0
305	200	300				Formazione (esternalizzata e non)								

A.A.S. 1 "Triestina"
BUDGET 2015 DEI CENTRI DI RISORSA

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.	DIR.AMM.	DIR.SAN.	Bilancio di previsione 2015
I	II	III	IV	V	VI									
305	200	300	100			Formazione (esternalizzata e non) da pubblico	60.000							60.000
305	200	300	200			Formazione (esternalizzata e non) da privato	140.000							140.000
310	0	0	0	0	0	Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)								
310	100					Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze			440.000					440.000
310	200					Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari								
310	200	100				Impianti di trasmissione dati e telefonia				150.000				150.000
310	200	200				Impiantistica varia			440.000					440.000
310	200	300				Altre manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari								0
310	300					Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche		10.000						10.000
310	400					Manutenzione e riparazione ai mobili e arredi		15.000						15.000
310	500					Manutenzione e riparazione agli automezzi		230.000						230.000
310	600					Altre manutenzioni e riparazioni								
310	600	100				Attrezzature informatiche		26.000		74.000				100.000
310	600	200				Software				10.000				10.000
310	600	300				Altre manutenzioni e riparazioni		250.000	50.000					300.000
310	700					Manutenzioni e riparazioni da Aziende sanitarie pubbliche della Regione			110.000					110.000
315	0	0	0	0	0	Godimento di beni di terzi								
315	100					Fitti passivi								
315	100	100				Locazioni passive						250.000		250.000
315	100	200				Spese condominiali						38.000		38.000
315	200					Canoni di noleggio								
315	200	100				Canoni di noleggio - area sanitaria		65.000						65.000
315	200	200				Canoni di noleggio - area non sanitaria								
315	200	200	100			Canoni hardware e software				200.000				200.000
315	200	200	200			Canoni fotocopiatrici		60.000						60.000
315	200	200	300			Canoni noleggio automezzi		14.000						14.000
315	200	200	900			Canoni noleggio altro	2.000							2.000
315	300					Canoni di leasing								
315	300	100				Canoni di leasing - area sanitaria								
315	300	100	100			Canoni di leasing operativo								0
315	300	100	200			Canoni di leasing finanziario		6.000						6.000
315	300	200				Canoni di leasing - area non sanitaria								
315	300	200	100			Canoni di leasing operativo								0
315	300	200	200			Canoni di leasing finanziario								0
315	400					Locazioni e noleggi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione								0
320	0	0	0	0	0	Personale del ruolo sanitario								
320	100					Costo del personale dirigente ruolo sanitario								
320	100	100				Costo del personale dirigente medico								
320	100	100	100			Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato								
320	100	100	100	10		Voci di costo a carattere stipendiale	6.733.000							6.733.000
320	100	100	100	20		Retribuzione di posizione	2.222.000							2.222.000
320	100	100	100	30		Indennità di risultato:								
320	100	100	100	30	5	Indennità di risultato Dirigenza medica e veterinaria	313.000							313.000
320	100	100	100	30	10	Indennità di risultato Dirigenza medica universitaria								0
320	100	100	100	40		Altro trattamento accessorio:								
320	100	100	100	40	5	Competenze accessorie Dirigenza medica e veterinaria	126.000							126.000
320	100	100	100	40	10	Competenze accessorie Dirigenza medica universitaria								0
320	100	100	100	50		Altri oneri per il personale:								
320	100	100	100	50	5	Accantonamento al fondo per TFR dipendenti								0
320	100	100	100	50	10	Accantonamento ai fondi integrativi pensione								0
320	100	100	100	50	15	Altre competenze Dirigenza medica e veterinaria	50.000							50.000

A.A.S. 1 "Triestina"
BUDGET 2015 DEI CENTRI DI RISORSA

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.	DIR.AMM.	DIR.SAN.	Bilancio di previsione 2015
I	II	III	IV	V	VI									
320	100	100	100	50	20	Altre competenze Dirigenza medica universitaria								0
320	100	100	100	90		Oneri sociali su retribuzione:								
320	100	100	100	90	5	Oneri sociali Dirigenza medica e veterinaria	2.677.000							2.677.000
320	100	100	100	90	10	Oneri sociali Dirigenza medica universitaria								0
320	100	100	200			Costo del personale dirigente medico - tempo determinato								
320	100	100	200	10		Voci di costo a carattere stipendiale	111.000							111.000
320	100	100	200	20		Retribuzione di posizione	37.000							37.000
320	100	100	200	30		Indennità di risultato:								
320	100	100	200	30	5	Indennità di risultato Dirigenza medica e veterinaria	5.000							5.000
320	100	100	200	30	10	Indennità di risultato Dirigenza medica universitaria								0
320	100	100	200	40		Altro trattamento accessorio:								
320	100	100	200	40	5	Competenze accessorie Dirigenza medica e veterinaria	2.000							2.000
320	100	100	200	40	10	Competenze accessorie Dirigenza medica universitaria								0
320	100	100	200	50		Altri oneri per il personale:								
320	100	100	200	50	5	Accantonamento al fondo per TFR dipendenti								0
320	100	100	200	50	10	Accantonamento ai fondi integrativi pensione								0
320	100	100	200	50	15	Altre competenze Dirigenza medica e veterinaria								0
320	100	100	200	50	20	Altre competenze Dirigenza medica universitaria								0
320	100	100	200	90		Oneri sociali su retribuzione:								
320	100	100	200	90	5	Oneri sociali Dirigenza medica e veterinaria	44.000							44.000
320	100	100	200	90	10	Oneri sociali Dirigenza medica universitaria								0
320	100	100	300			Costo del personale dirigente medico - altro								0
320	100	200				Costo del personale dirigente non medico								
320	100	200	100			Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato								
320	100	200	100	10		Voci di costo a carattere stipendiale	2.824.000							2.824.000
320	100	200	100	20		Retribuzione di posizione	408.000							408.000
320	100	200	100	30		Indennità di risultato	304.000							304.000
320	100	200	100	40		Altro trattamento accessorio	7.000							7.000
320	100	200	100	50		Altri oneri per il personale personale dirigente non medico:								
320	100	200	100	50	5	Accantonamento al fondo per TFR dipendenti								0
320	100	200	100	50	10	Accantonamento ai fondi integrativi pensione								0
320	100	200	100	50	15	Altre competenze personale dirigente non medico	20.000							20.000
320	100	200	100	90		Oneri sociali su retribuzione	998.000							998.000
320	100	200	200			Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato								
320	100	200	200	10		Voci di costo a carattere stipendiale								0
320	100	200	200	20		Retribuzione di posizione								0
320	100	200	200	30		Indennità di risultato								0
320	100	200	200	40		Altro trattamento accessorio								0
320	100	200	200	50		Altri oneri per il personale personale dirigente non medico:								
320	100	200	200	50	5	Accantonamento al fondo per TFR dipendenti								0
320	100	200	200	50	10	Accantonamento ai fondi integrativi pensione								0
320	100	200	200	50	15	Altre competenze personale dirigente non medico								0
320	100	200	200	90		Oneri sociali su retribuzione								0
320	100	200	300			Costo del personale dirigente medico - altro								0
320	200					Costo del personale comparto ruolo sanitario								
320	200	100				Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato								
320	200	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale	14.448.000							14.448.000
320	200	100	200			Straordinario	128.000							128.000
					300	Indennità personale	2.426.000							2.426.000
320	200	100	400			Retribuzione per produttività personale	691.000							691.000
320	200	100	500			Altro trattamento accessorio	936.000							936.000
320	200	100	600			Altri oneri per il personale:								0
320	200	100			5	Accantonamento al fondo per TFR dipendenti								0

A.A.S. 1 "Triestina"
BUDGET 2015 DEI CENTRI DI RISORSA

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.	DIR.AMM.	DIR.SAN.	Bilancio di previsione 2015
I	II	III	IV	V	VI									
320	200	100		10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione								0
				15		Altri oneri per il personale	200.000							200.000
320	200	100	700			Oneri sociali su retribuzione	5.458.000							5.458.000
320	200	200				Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato								
320	200	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale	335.000							335.000
320	200	200	200			Straordinario	3.000							3.000
320	200	200	300			Indennità personale	56.000							56.000
320	200	200	400			Retribuzione per produttività personale	16.000							16.000
320	200	200	500			Altro trattamento accessorio	22.000							22.000
320	200	200	600			Altri oneri per il personale:								
320	200	200		5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti								0
320	200	200		10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione								0
320	200	200		15		Altri oneri per il personale								0
320	200	200	700			Oneri sociali su retribuzione	126.000							126.000
320	200	300				Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro								0
325	0	0	0	0	0	Personale del ruolo professionale								
325	100					Costo del personale dirigente ruolo professionale								
325	100	100				Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato								
325	100	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale	176.000							176.000
325	100	100	200			Retribuzione di posizione	85.000							85.000
325	100	100	300			Indennità di risultato	25.000							25.000
325	100	100	400			Altro trattamento accessorio	13.000							13.000
325	100	100	500			Altri oneri per il personale:								
325	100	100	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti								0
325	100	100	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione								0
325	100	100	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo professionale	5.000							5.000
325	100	100	900			Oneri sociali su retribuzione	98.000							98.000
325	100	200				Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato								
325	100	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale								0
325	100	200	200			Retribuzione di posizione								0
325	100	200	300			Indennità di risultato								0
325	100	200	400			Altro trattamento accessorio								0
325	100	200	500			Altri oneri per il personale:								
325	100	200	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti								0
325	100	200	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione								0
325	100	200	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo professionale								0
325	100	200	900			Oneri sociali su retribuzione								0
325	100	300				Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro								0
325	200					Costo del personale comparto ruolo professionale								
325	200	100				Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato								
325	200	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale								0
325	200	100	200			Straordinario								0
325	200	100	300			Indennità personale								0
325	200	100	400			Retribuzione per produttività personale								0
325	200	100	500			Altro trattamento accessorio								0
325	200	100	600			Altri oneri per il personale:								
325	200	100	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti								0
325	200	100	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione								0
325	200	100	600	15		Altri oneri per il personale								0
325	200	100	900			Oneri sociali su retribuzione								0
325	200	200				Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato								
325	200	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale								0
325	200	200	200			Straordinario								0
325	200	200	300			Indennità personale								0

A.A.S. 1 "Triestina"
BUDGET 2015 DEI CENTRI DI RISORSA

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.	DIR.AMM.	DIR.SAN.	Bilancio di previsione 2015
I	II	III	IV	V	VI									
325	200	200	400			Retribuzione per produttività personale								0
325	200	200	500			Altro trattamento accessorio								0
325	200	200	600			Altri oneri per il personale:								
325	200	200	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti								0
325	200	200	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione								0
325	200	200	600	15		Altri oneri per il personale								0
325	200	200	900			Oneri sociali su retribuzione								0
325	200	300				Costo del personale comparto ruolo professionale - altro	10.000							10.000
330	0	0	0	0	0	Personale del ruolo tecnico								
330	100					Costo del personale dirigente ruolo tecnico								
330	100	100				Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato								
330	100	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale	45.000							45.000
330	100	100	200			Retribuzione di posizione	10.000							10.000
330	100	100	300			Indennità di risultato	9.000							9.000
330	100	100	400			Altro trattamento accessorio	2.000							2.000
330	100	100	500			Altri oneri per il personale:								
330	100	100	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti								0
330	100	100	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione								0
330	100	100	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo tecnico	2.000							2.000
330	100	100	900			Oneri sociali su retribuzione	26.000							26.000
330	100	200				Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato								
330	100	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale	43.000							43.000
330	100	200	200			Retribuzione di posizione	9.000							9.000
330	100	200	300			Indennità di risultato	9.000							9.000
330	100	200	400			Altro trattamento accessorio	1.000							1.000
330	100	200	500			Altri oneri per il personale:								
330	100	200	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti								0
330	100	200	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione								0
330	100	200	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo tecnico								0
330	100	200	900			Oneri sociali su retribuzione	25.000							25.000
330	100	300				Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro								0
330	200					Costo del personale comparto ruolo tecnico								
330	200	100				Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato								
330	200	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale	4.585.000							4.585.000
330	200	100	200			Straordinario	57.000							57.000
330	200	100	300			Indennità personale	348.000							348.000
330	200	100	400			Retribuzione per produttività personale	264.000							264.000
330	200	100	500			Altro trattamento accessorio	284.000							284.000
330	200	100	600			Altri oneri per il personale:								
330	200	100	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti								0
330	200	100	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione								0
330	200	100	600	15		Altri oneri per il personale	60.000							60.000
330	200	100	900			Oneri sociali su retribuzione	1.484.000							1.484.000
330	200	200				Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato								
330	200	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale	20.000							20.000
330	200	200	200			Straordinario								0
330	200	200	300			Indennità personale	2.000							2.000
330	200	200	400			Retribuzione per produttività personale	1.000							1.000
330	200	200	500			Altro trattamento accessorio	1.000							1.000
330	200	200	600			Altri oneri per il personale:								
330	200	200	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti								0
330	200	200	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione								0
330	200	200	600	15		Altri oneri per il personale								0
330	200	200	900			Oneri sociali su retribuzione	6.000							6.000

A.A.S. 1 "Triestina"
BUDGET 2015 DEI CENTRI DI RISORSA

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.	DIR.AMM.	DIR.SAN.	Bilancio di previsione 2015
I	II	III	IV	V	VI									
330	200	300				Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro	35.000							35.000
335	0	0	0	0	0	Personale del ruolo amministrativo								
335	100					Costo del personale dirigente ruolo amministrativo								
335	100	100				Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato								
335	100	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale	298.000							298.000
335	100	100	200			Retribuzione di posizione	117.000							117.000
335	100	100	300			Indennità di risultato	34.000							34.000
335	100	100	400			Altro trattamento accessorio	1.000							1.000
335	100	100	500			Altri oneri per il personale:								
335	100	100	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti								0
335	100	100	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione								0
335	100	100	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo amministrativo	5.000							5.000
335	100	100	900			Oneri sociali su retribuzione	115.000							115.000
335	100	200				Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo determinato								
335	100	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale	39.000							39.000
335	100	200	200			Retribuzione di posizione	15.000							15.000
335	100	200	300			Indennità di risultato	4.000							4.000
335	100	200	400			Altro trattamento accessorio								0
335	100	200	500			Altri oneri per il personale:								
335	100	200	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti								0
335	100	200	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione								0
335	100	200	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo amministrativo								0
335	100	200	900			Oneri sociali su retribuzione	15.000							15.000
335	100	300				Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - altro								0
335	200					Costo del personale comparto ruolo amministrativo								
335	200	100				Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato								
335	200	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale	3.852.000							3.852.000
335	200	100	200			Straordinario	15.000							15.000
335	200	100	300			Indennità personale	650.000							650.000
335	200	100	400			Retribuzione per produttività personale	257.000							257.000
335	200	100	500			Altro trattamento accessorio	4.000							4.000
335	200	100	600			Altri oneri per il personale:								
335	200	100	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti								0
335	200	100	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione								0
335	200	100	600	15		Altri oneri per il personale	60.000							60.000
335	200	100	900			Oneri sociali su retribuzione	1.350.000							1.350.000
335	200	200				Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato								
335	200	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale	45.000							45.000
335	200	200	200			Straordinario								0
335	200	200	300			Indennità personale	8.000							8.000
335	200	200	400			Retribuzione per produttività personale	3.000							3.000
335	200	200	500			Altro trattamento accessorio								0
335	200	200	600			Altri oneri per il personale:								
335	200	200	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti								0
335	200	200	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione								0
335	200	200	600	15		Altri oneri per il personale								0
335	200	200	900			Oneri sociali su retribuzione	16.000							16.000
335	200	300				Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro	8.000							8.000
340	0	0	0	0	0	Oneri diversi di gestione								

A.A.S. 1 "Triestina"
BUDGET 2015 DEI CENTRI DI RISORSA

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.	DIR.AMM.	DIR.SAN.	Bilancio di previsione 2015
I	II	III	IV	V	VI									
340	100					Imposte e tasse (escluso IRAP e IRES)								
340	100	100				Imposte di registro						5.000		5.000
340	100	200				Imposte di bollo						30.000		30.000
340	100	300				Tasse di concessione governative				80.000				80.000
340	100	400				Imposte comunali						220.000		220.000
340	100	500				Tasse di circolazione automezzi						5.000		5.000
340	100	600				Permessi di transito e sosta						5.000		5.000
340	100	900				Imposte e tasse diverse						10.000		10.000
340	200					Perdite su crediti								0
340	300					Altri oneri diversi di gestione								
340	300	100				Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Direttivi e Collegio Sindacale								
340	300	100	100			Compensi agli organi direttivi e di indirizzo								
340	300	100	100	10		Indennità						412.000		412.000
340	300	100	100	30		Oneri sociali						75.000		75.000
340	300	100	100	90		Altri compensi Organi direttivi e di indirizzo								0
340	300	100	200			Compensi al collegio sindacale								
340	300	100	200	10		Indennità						104.000		104.000
340	300	100	200	30		Oneri sociali								0
340	300	100	200	90		Altri compensi Collegio sindacale						15.000		15.000
340	300	100	300			Compensi ad altri organismi								
340	300	100	300	10		Indennità						15.000		15.000
340	300	100	300	30		Oneri sociali						2.000		2.000
340	300	100	300	90		Altri compensi ad altri organismi						3.000		3.000
340	300	200				Altri oneri diversi di gestione								
340	300	200	100			Premi di assicurazione personale dipendente	5.000							5.000
340	300	200	200			Contravvenzioni e sanzioni amministrative								0
340	300	200	900			Altri oneri diversi di gestione						9.737		9.737
345	0	0	0	0	0	Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali								
345	100					Ammortamento Costi di impianto e ampliamento								0
345	200					Ammortamento Costi di ricerca, sviluppo								0
345	300					Ammortamento Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno derivanti dall'attività di ricerca								0
345	400					Ammortamento Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno altro						3.000		3.000
345	500					Ammortamento Concessioni, licenze, marchi e diritti simili								0
345	600					Ammortamento Migliorie su beni di terzi						5.000		5.000
345	700					Ammortamento Pubblicità								0
345	900					Ammortamento altre immobilizzazioni immateriali								0
350	0	0	0	0	0	Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali								
350	100					Ammortamento dei fabbricati								
350	100	100				Ammortamenti fabbricati non strumentali (disponibili)						1.800.000		1.800.000
350	100	200				Ammortamenti fabbricati strumentali (indisponibili)								0
350	200					Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali								
350	200	100				Ammortamento Impianti e macchinari						350.000		350.000
350	200	200				Ammortamento Attrezzature sanitarie e scientifiche						250.000		250.000
350	200	300				Ammortamento mobili e arredi						200.000		200.000
350	200	400				Ammortamento automezzi						250.000		250.000
350	200	500				Ammortamento altre immobilizzazioni materiali						400.000		400.000
355	0	0	0	0	0	Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti								
355	100					Svalutazione delle immobilizzazioni immateriali e materiali								
355	100	100				Svalutazione delle immobilizzazioni immateriali								
355	100	100	100			Svalutazione costi di impianto e di ampliamento								0

A.A.S. 1 "Triestina"
BUDGET 2015 DEI CENTRI DI RISORSA

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.	DIR.AMM.	DIR.SAN.	Bilancio di previsione 2015
I	II	III	IV	V	VI									
355	100	100	200			Svalutazione costi di ricerca e sviluppo								0
355	100	100	300			Svalutazione diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno								0
355	100	100	400			Svalutazione altre immobilizzazioni immateriali								0
355	100	200				Svalutazione delle immobilizzazioni materiali								0
355	100	200	50			Svalutazione terreni disponibili								0
355	100	200	100			Svalutazione terreni indisponibili								0
355	100	200	150			Svalutazione fabbricati disponibili								0
355	100	200	200			Svalutazione fabbricati indisponibili								0
355	100	200	250			Svalutazione impianti e macchinari								0
355	100	200	300			Svalutazione attrezzature sanitarie e scientifiche								0
355	100	200	350			Svalutazione mobili e arredi								0
355	100	200	400			Svalutazione automezzi								0
355	100	200	450			Svalutazione oggetti d'arte								0
355	100	200	500			Svalutazione altre immobilizzazioni materiali								0
355	200					Svalutazione dei crediti								0
355	200	100				Svalutazione Crediti finanziari v/Stato								0
355	200	101				Svalutazione Crediti finanziari v/Regione								0
355	200	102				Svalutazione Crediti finanziari v/partecipate								0
355	200	103				Svalutazione Crediti finanziari v/altri								0
355	200	200				Svalutazione Crediti v/Stato per spesa corrente - Integrazione a norma del D.L.vo 56/2000								0
355	200	201				Svalutazione Crediti v/Stato per spesa corrente - FSN								0
355	200	202				Svalutazione Crediti v/Stato per mobilità attiva extraregionale								0
355	200	203				Svalutazione Crediti v/Stato per mobilità attiva internazionale								0
355	200	204				Svalutazione Crediti v/Stato per acconto quota fabbisogno sanitario regionale standard								0
355	200	205				Svalutazione Crediti v/Stato per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente								0
355	200	206				Svalutazione Crediti v/Stato per spesa corrente - altro								0
355	200	207				Svalutazione Crediti v/Stato per finanziamenti per investimenti								0
355	200	208				Svalutazione Crediti v/Stato per ricerca corrente - Ministero della Salute								0
355	200	209				Svalutazione Crediti v/Stato per ricerca finalizzata - Ministero della Salute								0
355	200	210				Svalutazione Crediti v/Stato per ricerca - altre Amministrazioni centrali								0
355	200	211				Svalutazione Crediti v/Stato per ricerca - finanziamenti per investimenti								0
355	200	300				Svalutazione Crediti v/prefetture								0
355	200	400				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - IRAP								0
355	200	401				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - Addizionale IRPEF								0
355	200	402				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per quota FSR								0
355	200	403				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per mobilità attiva intraregionale								0
355	200	404				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per mobilità attiva extraregionale								0
355	200	405				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per acconto quota FSR								0
355	200	406				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA								0
355	200	407				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente extra LEA								0
355	200	408				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - altro								0
355	200	409				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ricerca								0
355	200	410				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamenti per investimenti								0
355	200	411				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per incremento fondo dotazione								0
355	200	412				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ripiano perdite								0
355	200	413				Svalutazione Crediti v/Regione per copertura debiti al 31/12/2005								0
355	200	414				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ricostituzione risorse da investimenti esercizi precedenti								0
355	200	415				Svalutazione Crediti v/Comuni								0

A.A.S. 1 "Triestina"
BUDGET 2015 DEI CENTRI DI RISORSA

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.	DIR.AMM.	DIR.SAN.	Bilancio di previsione 2015
I	II	III	IV	V	VI									
355	200	416				Svalutazione Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - per mobilità in compensazione								0
355	200	500				Svalutazione Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - per mobilità non in compensazione								0
355	200	600				Svalutazione Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - per altre prestazioni								0
355	200	601				Svalutazione Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - acconto quota FSR da distribuire								0
355	200	602				Svalutazione Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche Extraregione								0
355	200	603				Svalutazione Crediti v/enti regionali								0
355	200	700				Svalutazione Crediti v/sperimentazioni gestionali								0
355	200	701				Svalutazione Crediti v/altre partecipate								0
355	200	702				Svalutazione Crediti v/Erario								0
355	200	900				Svalutazione Crediti v/clienti privati								0
355	200	901				Svalutazione Crediti v/gestioni liquidatorie								0
355	200	902				Svalutazione Crediti v/altri soggetti pubblici								0
355	200	903				Svalutazione Crediti v/altri soggetti pubblici per ricerca								0
355	200	990				Svalutazione Altri crediti diversi								0
360	0	0	0	0	0	Variazione delle rimanenze								
360	100					Variazione rimanenze sanitarie								0
360	200					Variazione rimanenze non sanitarie								0
365	0	0	0	0	0	Accantonamenti dell'esercizio								
365	100					Accantonamenti per rischi								
365	100	100				Accantonamenti per cause civili ed oneri processuali								0
365	100	200				Accantonamenti per contenzioso personale dipendente								0
365	100	300				Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato								0
365	100	400				Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)								0
365	100	500				Altri accantonamenti per rischi								
365	100	500	100			Accantonamenti al F.do equo indennizzo								0
365	100	500	200			Accantonamenti per accordi bonari								0
365	100	500	900			Altri accantonamenti per rischi								0
365	200					Accantonamenti per premio di operosità (SUMAI)								
365	200	100				Accantonamento al fondo SUMAI - Specialisti ambulatoriali							125.000	125.000
365	200	200				Accantonamento al fondo SUMAI - altre professioni							25.000	25.000
365	300					Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati								
365	300	100				Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato								0
365	300	200				Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati								0
365	300	300				Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici per ricerca								0
365	300	400				Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati da privati								
365	300	400	100			Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati da privati - sperimentazioni								0
365	300	400	200			Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati da privati - altro						365.000		365.000
365	400					Altri accantonamenti								
365	400	100				Accantonamenti per interessi di mora								0
365	400	200				Acc. Rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA								0
365	400	300				Acc. Rinnovi convenzioni Medici Sumai								0
365	400	400				Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza medica								0
365	400	500				Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza non medica								0
365	400	600				Acc. Rinnovi contratt.: comparto								0
365	400	700				Altri accantonamenti								
365	400	700	100			Accantonamento personale in quiescenza								0
365	400	700	200			Accantonamento al fondo altri oneri e spese								0

A.A.S. 1 "Triestina"
BUDGET 2015 DEI CENTRI DI RISORSA

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.	DIR.AMM.	DIR.SAN.	Bilancio di previsione 2015
I	II	III	IV	V	VI									
370	0	0	0	0	0	Interessi passivi								
370	100					Interessi passivi su anticipazioni di cassa								0
370	200					Interessi passivi su mutui								0
370	300					Altri interessi passivi								
370	300	100				Interessi moratori e legali								0
370	300	900				Altri interessi passivi								0
375	0	0	0	0	0	Altri oneri								
375	100					Altri oneri finanziari								0
375	200					Perdite su cambi								0
380	0	0	0	0	0	Svalutazioni per rettifiche di valori di attività finanziarie								0
390	0	0	0	0	0	Oneri straordinari								
390	100					Minusvalenze								0
390	200					Altri oneri straordinari								
390	200	100				Oneri tributari da esercizi precedenti								0
390	200	200				Oneri da cause civili ed oneri processuali								0
390	200	300				Sopravvenienze passive								
390	200	300	100			Sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione								
390	200	300	100	10		Sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche relative alla mobilità intraregionale								0
390	200	300	100	20		Altre sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione								0
390	200	300	200			Sopravvenienze passive v/terzi								
390	200	300	200	10		Sopravvenienze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale								0
390	200	300	200	20		Sopravvenienze passive v/terzi relative al personale								
390	200	300	200	20	5	Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza medica								0
390	200	300	200	20	10	Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza non medica								0
390	200	300	200	20	15	Soprav. passive v/terzi relative al personale - comparto								0
390	200	300	200	30		Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base								0
390	200	300	200	40		Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica								0
390	200	300	200	50		Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati								0
390	200	300	200	60		Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi								0
390	200	300	200	90		Altre sopravvenienze passive v/terzi								0
390	200	400				Insussistenze passive								
390	200	400	100			Insussistenze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione								0
390	200	400	200			Insussistenze passive v/terzi								
390	200	400	200	10		Insussistenze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale								0
390	200	400	200	20		Insussistenze passive v/terzi relative al personale								0
390	200	400	200	30		Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base								0
390	200	400	200	40		Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica								0
390	200	400	200	50		Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati								0
390	200	400	200	60		Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi								0
390	200	400	200	70		Altre insussistenze passive v/terzi								0
390	200	500				Altri oneri straordinari								0
400	0	0	0	0	0	IRAP								
400	100					IRAP relativa a personale dipendente	3.800.000							3.800.000
400	200					IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	130.000							130.000
400	300					IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	25.000							25.000
400	400					IRAP relativa ad attività commerciale								0

A.A.S. 1 "Triestina"
BUDGET 2015 DEI CENTRI DI RISORSA

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.	DIR.AMM.	DIR.SAN.	Bilancio di previsione 2015
I	II	III	IV	V	VI									
405	0	0	0	0	0	IRES								
405	100					IRES su attività istituzionale						75.000		75.000
405	200					IRES su attività commerciale								0
410	0	0	0	0	0	Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)								0
						Totale costi	62.160.000	27.721.771	3.090.000	1.280.000	64.814.946	5.880.737	217.646.546	382.594.000

A.A.S. 1 "Triestina"

BUDGET CENTRI DI ATTIVITA' 2015	BUDGET ASSI 2015	DIREZIONE STRATEGICA E SUE ARTICOLAZIONI	Distretto Sanitario n.1	Distretto Sanitario n.2	Distretto Sanitario n.3	Distretto Sanitario n.4	Dipartimento di Salute Mentale	Dipartimento di Prevenzione	Dipartimento delle Dipendenze	Centro Sociale Oncologico	Centro Cardiovascolare	Sistema 118
PRODOTTI SANITARI												
Prodotti farmaceutici	13.220.000	193.975	1.417.669	2.109.995	3.253.210	1.255.679	833.680	864.634	245.564	2.000.626	5.159	5.159
Altri prodotti sanitari	3.285.000	6.191	572.639	642.800	664.468	501.446	15.477	81.511	36.112	48.494	49.526	120.719
PRODOTTI NON SANITARI	656.000	125.877	61.907	69.129	71.193	56.748	68.098	104.210	29.922	11.350	19.604	151.672
MANUTENZIONI attrezzature sanitarie e tecnico-economiche	775.000	59.843	26.826	20.636	25.795	16.509	80.479	61.907	20.636	1.032	-	120.719
ACQUISTI DI SERVIZI												
Lavanderia	140.000	8.254	3.095	2.064	6.191	3.095	63.971	1.032	9.286	9.286	1.032	26.826
Pulizia	1.200.000	130.005	86.670	115.560	80.479	85.638	515.891	84.606	53.653	35.081	20.636	29.922
Mensa	1.200.000	142.386	-	-	-	-	880.110	-	212.547	-	-	3.095
Riscaldamento	1.120.000	419.533	81.416	94.826	74.711	76.627	221.261	99.616	49.807	-	-	31.609
Servizi di elaborazione dati	145.000	87.702	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Altri servizi	8.157.000	1.523.943	360.092	287.867	319.853	273.422	157.863	492.160	46.430	60.875	16.509	2.120.313
CONVENZIONE PER ASSISTENZA SANITARIA DI BASE:												
Conv. Per ass. medico generica	17.620.000	-	4.969.064	4.449.046	4.914.380	4.683.261	-	-	-	-	-	-
Conv.per ass. guardia medica festiva e notturna	1.515.000	-	321.916	288.899	319.853	304.376	-	-	-	-	-	-
Conv. Per ass. farmaceutica:												
Prodotti farmaceutici e galenici	36.500.000	-	9.784.393	9.421.206	11.476.516	9.712.168	-	-	-	-	-	-
AFIR	2.860.000	-	701.612	606.688	827.490	701.612	-	-	-	-	-	-
Altre convenzioni per ass. sanitaria di base	4.037.000	40.240	1.147.084	1.026.366	1.131.607	1.080.018	-	-	-	-	-	-
CONVENZIONI SANITARIE PER ASS. SPECIALISTICA	3.019.052	-	764.293	690.005	751.911	721.990	-	-	-	-	-	-
CONV. SANIT. PER ASS. RIABILITATIVA E INTEGRATIVA	33.203.000	246.886	6.372.074	7.612.079	4.720.687	5.087.774	4.436.665	-	2.063.565	-	-	-
PRESTAZIONI DA AZIENDE DEL S.S.R.												
Prestazioni di ricovero	100.144.953	-	22.695.915	23.413.369	25.532.422	24.672.230	-	-	-	-	-	-
Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche	31.970.478	-	8.079.057	7.228.605	7.984.296	7.611.900	-	-	-	-	-	-
Altre prestazioni da Aziende del S.S.R.	7.648.094	2.579	1.063.768	952.335	1.051.386	1.002.893	-	2.579	-	-	-	-
PRESTAZIONI DA AZIENDE EXTRAREGIONALI DEL S.S.N.:												
Prestazioni di ricovero	7.712.592	-	2.607.749	2.335.978	2.577.600	2.458.683	-	-	-	-	-	-
Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche	1.897.901	-	460.299	411.566	455.214	434.198	-	-	-	-	-	-
Altre prestazioni da Aziende extraregionali del S.S.N.	1.022.193	-	270.689	242.190	267.514	255.035	-	-	-	-	-	-
PRESTAZIONI DA STRUTTURE SANITARIE PRIVATE:												
Prestazioni di ricovero	23.302.000	-	5.326.401	4.680.764	5.209.801	4.824.376	-	-	-	-	-	-
Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche	3.999.000	-	2.832.230	2.534.044	2.799.005	2.668.436	-	-	-	-	-	-
Altre prestazioni da strutture sanitarie private	3.685.000	-	1.670.714	1.494.279	1.651.110	1.573.726	-	-	-	-	-	-
RIMBORSI, ASSEgni E CONTRIBUTI	1.897.000	609.783	416.324	376.085	403.943	396.720	72.225	-	-	-	-	-
GODIMENTO DI BENI DI TERZI	635.000	165.085	86.670	56.748	185.721	17.540	42.303	39.208	36.112	-	9.286	3.095
PERSONALE:												
Personale sanitario	41.726.000	2.432.145	4.126.674	5.040.835	4.752.466	4.260.301	8.294.986	5.448.242	3.407.040	1.150.344	1.647.162	2.190.679
Personale professionale	412.000	144.452	-	-	-	-	-	225.958	-	-	-	-
Personale tecnico	7.328.000	1.333.887	459.782	992.897	463.933	560.290	1.132.854	433.967	379.294	107.915	86.267	1.667.597
Personale amministrativo	6.911.000	4.787.473	277.377	251.534	278.487	229.771	385.890	664.895	111.324	-	30.425	64.198
Personale universitario	77.000	-	-	-	-	-	84.606	-	-	-	-	-
Altri costi del personale	1.650.000	1.061.704	92.860	71.193	51.589	50.557	91.829	288.899	29.922	9.286	16.509	33.017
SPESE GENERALI E AMMINISTRATIVE	1.324.000	534.010	11.350	14.445	9.286	9.286	18.572	40.240	7.222	-	6.191	22.699
UTENZE:												
Energia elettrica	670.000	333.266	41.271	25.795	77.384	39.208	92.860	139.291	15.477	10.318	21.667	8.254
Acqua	103.000	37.144	3.095	3.095	4.127	6.191	48.494	7.222	9.286	-	4.127	-
Spese telefoniche	220.000	31.985	27.858	30.953	34.049	27.858	35.081	22.699	8.254	1.032	1.032	11.350
Gas	25.000	3.095	1.032	5.159	8.254	2.064	5.159	-	1.032	-	-	-
Altri costi per utenze	33.000	61.391	-	-	-	-	2.579	-	1.032	-	-	-
IRAP												
personale dipendente	3.800.000	595.338	338.425	450.889	385.887	354.933	646.928	489.065	261.041	92.860	122.782	234.215
attività libero professionale	25.000	-	-	1.032	1.032	1.032	4.127	3.095	1.032	2.064	14.445	3.095
AMMORTAMENTI	3.258.000	2.653.744	65.002	77.384	61.907	57.780	76.352	78.415	22.699	24.763	42.303	74.288
TOTALE COSTI	380.128.263	17.771.918	77.625.295	78.128.339	82.884.757	76.075.370	18.308.338	9.673.451	7.058.289	3.565.324	2.114.661	6.922.521